

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

276

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Juin 1893, à 1 heure

PAR

PIERRE EHRHARDT

Né à Genève le 7 Février 1863

EX-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Enfants-Assistés — Maternité — Hôtel-Dieu — Hôpital Cochin

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE LA POLYURIE HYSTÉRIQUE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. {
DIEULAFOY.
LETULLE.
VELTER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554035_0050

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Juin 1893, à 1 heure

PAR

PIERRE EHRHARDT

Né à Genève le 7 Février 1863

EX-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU DE REIMS

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Enfants-Assistés — Maternité — Hôtel-Dieu — Hôpital Cochin

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE LA POLYURIE HYSTÉRIQUE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. {
DIEULAFOY.
LETULLE.
VELTER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	N....
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE MÈRE

HOMMAGE DE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MA FAMILLE

AUX AMIS

A M. LABADIE-LAGRAVE

MÉDECIN DE LA MATERNITÉ

Nous avons trouvé près de vous un maître et un ami; jamais vos conseils, jamais votre appui ne nous ont fait défaut, vous n'avez cessé de vous intéresser à nos efforts et de nous encourager pendant le cours de nos études, nous en garderons toujours le souvenir.

Sachez que ce n'est pas par respect de la tradition, mais bien par un sentiment de vive reconnaissance que nous inscrivons votre nom en tête de notre thèse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL ANDRAL

DE LA POLYURIE HYSTÉRIQUE

INTRODUCTION

Dans le cours de notre quatrième année d'internat dans le service de notre excellent maître M. Dujardin-Beaumetz, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades atteints de polyurie. M. Mathieu attira notre attention sur ce syndrome dont récemment quelques observations venaient d'être publiées. A cette époque, M. Babinski, chargé d'un service provisoire à l'hôpital Cochin, observait un polyurique hystérique qui avait fait le sujet d'une communication très intéressante à la Société médicale des hôpitaux. Frappé des résultats merveilleux qu'il obtenait chez son malade au moyen de la suggestion hypnotique, nous nous sommes décidé à faire notre thèse sur ce sujet nouveau dont la littérature médicale ne présente que quelques rares et incomplètes observations.

Nous avons bien été arrêté un instant par les préjugés qui veulent que tout ce qui est hystérie

n'est que simulation et supercherie, et par le dédain manifesté par beaucoup pour l'étude de cette névrose, mais aujourd'hui la plupart des médecins comprennent l'importance que joue l'hystérie dans la neuropathologie, et admettent que ses manifestations, loin d'être abandonnées à la fantaisie, sont, au contraire, sous la dépendance des lois les plus rigoureuses.

Nous ne nous sommes pas servi, pour caractériser la sécrétion exagérée des urines, des dénominations « diabète insipide », « diabète hydrurique » qui impliquent l'idée d'une entité morbide, d'une unité ; nous leur avons préféré celle de « polyurie » qui indique bien la nature symptomatique de l'affection ; le mot « hydrurie » est également impropre, puisqu'il signifie que c'est uniquement la quantité d'eau qui est augmentée.

Nous définirons donc la polyurie hystérique un syndrome morbide caractérisé par une émission exagérée et non passagère d'urine, d'un poids spécifique faible, sans sucre ni albumine, et présentant dans son aspect symptomatique ou dans son évolution quelques-uns des caractères qui semblent appartenir en propre aux manifestations hystériques.

Bien qu'avant celle de M. Babinski aucune observation jusqu'alors publiée n'autorise à affirmer que la polyurie relève bien parfois de l'hystérie, nous avons cru intéressant de nommer les auteurs qui ont cité l'hystérie parmi ses causes.

Nous ne considérons pas les hystériques polyuriques comme des hystériques normaux, la polyurie étant une manifestation pathologique de la névrose.

Nous avons essayé d'en donner une description aussi complète que possible, nous appesantissant surtout sur l'influence qu'exerce sur elle la suggestion hypnotique ; sans nous occuper de la polyurie transitoire, passagère, consécutive aux attaques convulsives, et qui n'est polyurie qu'en tant que première miction, puisque le total des 24 heures ne dépasse pas le total des urines normales, au contraire.

L'on a découvert tant d'hystériques dans ces dernières années, qu'on est moins étonné aujourd'hui de voir l'hystérie une des causes fréquentes de la polyurie, et peut-être ce modeste travail contribuera-t-il à démontrer la nature symptomatique de la polyurie dite essentielle, dénomination impropre, mais commode, qui réunit encore les cas dans lesquels il semble impossible de rattacher la polyurie à une maladie quelconque.

Nous ne nous sommes pas contenté d'étudier la polyurie hystérique. Nous avons essayé de démontrer la nécessité qu'il y a d'y faire entrer la polyurie sciatique hystérique, et croyons intéressant de traiter en quelques pages cette question toute nouvelle et à l'ordre du jour, dont M. le professeur Debove s'est tout particulièrement occupé.

Après avoir étudié dans la polyurie hystérique

les rapports intimes qui unissent les troubles urinaires à la névrose, après avoir démontré que la polyurie est si souvent un syndrome hystérique, nous ne pouvons nous empêcher d'envisager de même la sciatique dans ses rapports avec l'hystérie.

Le rôle que joue la névrose dans le développement de la sciatique peut être interprété de deux façons. Ou bien l'hystérie agit indirectement en créant une prédisposition à la sciatique, en préparant en quelque sorte le terrain et en facilitant le développement de la névralgie. Ou bien le lien qui unit la sciatique à l'hystérie est beaucoup plus étroit et l'on peut se demander si la névralgie ne relève pas en droite ligne de la névrose, si elle n'est pas elle-même une manifestation hystérique. (Achard et Soupault).

Avant de commencer ce travail nous sommes heureux d'exprimer notre plus vive reconnaissance aux maîtres qui nous ont prodigué leurs savants conseils au cours de nos études médicales.

Une large part de nos meilleurs souvenirs est réservée à nos premiers maîtres, ceux de l'École de Reims, qui nous ont initié à la carrière médicale, et particulièrement à M. Lévêque.

A Paris, nous n'avons trouvé également auprès de tous nos chefs que bon accueil et bons conseils.

Nous adressons nos remerciements à nos chefs de service pendant nos deux années d'externat : à M. Vidal,

et tout spécialement à MM. d'Heilly et Letulle, dont la protection nous a été si utile.

Nous avons d'abord eu l'honneur d'être l'interne de M. Guéniot et de M. Kirmisson, qui nous ont témoigné beaucoup d'intérêt, nous ne saurions trop leur en être reconnaissant. M. Labadie-Lagrave a été pour nous plus qu'un maître, il nous a tout particulièrement honoré de sa bonté et de son amitié; nous souhaitons qu'il conserve à notre égard cette attitude cordiale qui nous est si précieuse. M. le professeur Tillaux, dont nous sommes fier d'avoir été l'interne, n'a cessé de nous témoigner une grande bienveillance; nous conserverons de ce maître éminent un souvenir plein d'affection. Nous avons eu le grand honneur de passer notre quatrième année d'internat dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, dont nous n'oublierons jamais les précieux conseils et les savantes leçons.

Que M. Babinski, qui nous a donné l'idée première de ce travail et dont les conseils et l'inépuisable obligeance nous ont été si précieux, reçoive l'hommage de notre sincère gratitude.

La bienveillance de M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité, mérite toute notre reconnaissance.

M. Walther, qui nous a fait un si bienveillant accueil, peut être assuré de notre très affectueux souvenir.

Nous prions nos autres maîtres dans les hôpitaux,

MM. Picqué, Mathieu, Variot, Bourcy, de recevoir le témoignage de notre profonde gratitude.

Enfin tous nos remerciements à M. Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté, pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner; à M. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Cochin, qui nous a initié aux méthodes d'urologie clinique, et a bien voulu vérifier la plupart de nos analyses; à notre collègue et ami Hepp, pour les services qu'il nous a rendus dans ce travail.

HISTORIQUE

Lorsqu'on parcourt les travaux sur la polyurie, on est frappé du petit nombre d'auteurs qui citent l'hystérie parmi ses causes.

C'est de nos jours seulement que la polyurie d'origine hystérique a été établie grâce surtout à M. le professeur Debove, et à MM. Babinski et Mathieu.

Nous allons citer les rares observations où nous avons trouvé en présence la polyurie et quelques troubles névropathiques caractéristiques de l'hystérie.

Nommons tout d'abord VALENTINER (1), dans un travail sur l'hystérie et son traitement ; et VOGEL, dans son traité de l'urine et des sédiments urinaires.

LACOMBE publie une observation de polyurie chez une jeune femme qui présente des perversions du goût, « boulimie ; pica, et mange des cendres en quantité. »

FLEURY en cite un cas chez une femme qui, depuis son enfance, « est en proie à divers accidents nerveux. »

LANDOUZY, dans une leçon clinique sur le diabète, rapporte l'histoire d'une « femme hystérique » atteinte de polyurie.

HAUGHTON parle d'une polyurique de 43 ans qui

(1) On trouvera dans la bibliographie l'indication des ouvrages d'où les observations sont tirées.

présente des « douleurs périodiques intermittentes du côté gauche de la face, de la tête et du cou, avec mouvements convulsifs dans les doigts de la main gauche; légère saillie de l'œil gauche au moment des accès, avec œdème du côté de la face. »

KIEN, dans sa thèse, cite la première observation où l'hystérie ne peut être mise en doute: celle d'une polyurique qui présente de la toux hystérique, des attaques et une anesthésie absolue de la moitié inférieure du corps. L'analyse complète des urines faite par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital de Strasbourg, dénote une diminution des matériaux solides.

OPPOLZER rapporte un fait d'hystérie avec polyurie.

DESGRANGES cite l'observation d'une jeune femme atteinte de polyurie « accompagnée d'une série de maux nerveux, dont le nombre, la différence, autant que l'anomalie ont de quoi surprendre. »

LE TEINTURIER, celle d'une femme qui présente de « franches attaques d'hystérie à la suite de contrariétés; des céphalées, étourdissements, état nauséux, trouble de la vue, vertiges, etc. »

M. LANCEREAUX, dans sa thèse d'agrégation sur la polyurie, consacre à l'hystérie un chapitre spécial intitulé : « Etat hystérique ou névropathique, » où il réunit la plupart des auteurs que nous venons de citer.

Nous ne pouvons nous empêcher de dire combien sont imparfaites et incomplètes ces observations, où parfois l'unique dénomination de « femme nerveuse » caractérise tout l'état névropathique.

Dans son Traité du diabète, M. LÉCORCHÉ croit que la polyurie n'est le plus souvent qu'une des manifestations de l'hystérie.

M. DEMANGE, dans son article « Diabète hydrurique » du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, s'exprime ainsi : « L'urée y est parfois moindre qu'à l'état normal (anazoturie), ce qui s'observerait surtout chez les hystériques (Vogel)... d'autres fois, le diabète hydrurique est sous la dépendance de l'hystérie, ainsi que Valentiner, Vogel, Lacombe et Landouzy en ont rapporté des exemples. »

M. CUFFER, dans l'article « Polyurie », du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, signale l'hystérie comme une cause fréquente de polyurie, sans l'étudier autrement.

AXENFELD, dans la deuxième édition du Traité des névroses, publiée par M. HUCHARD, s'exprime ainsi : « La polyurie hystérique est passagère ou permanente. Dans le premier cas, elle est un phénomène très-souvent consécutif aux accès et consiste dans l'émission d'une urine abondante, claire et limpide comme de l'eau de roche (urine nerveuse ou spasmodique). Dans le second cas, plus rare, puisque M. Lancereaux n'a pu réunir que sept observations dans sa thèse d'agrégation, la polyurie persiste pendant un temps plus ou moins long, dans l'intervalle et même en l'absence des accès. »

A propos d'une leçon sur l'ischurie hystérique, M. le prof. CHARCOT cite l'observation d'une nommée Etch..., Justine, qui présente des alternatives de polyurie et d'oligurie.

Pour M. LABADIE-LAGRAVE, la polyurie hystérique n'offre rien de constant. Elle peut être persistante ou passagère.

M. LANCEREAUX, dans une leçon faite à la Pitié « sur la polyurie simple et ses variétés », cite plusieurs polyuriques qui présentent tous les symptômes

de l'hystérie toxique, mais pour lui la polyurie, les crises convulsives (grande attaque avec arc de cercle, zones hystérogènes, etc.), et l'hyperalgésie sont attribuées à l'intoxication chronique par les essences, absinthe, anis, badiane, etc. Chez plusieurs d'entre eux, la polyurie a débuté après l'attaque.

Nous ne savons si ces malades ont présenté des troubles sensitivo-sensoriels; en tous cas, leur recherche ne figure pas dans les observations.

M. le professeur CHARCOT, dans une leçon sur la paralysie faciale hystérique, a eu l'occasion d'observer un des malades dont l'histoire avait servi à confirmer la polyurie chez les buveurs d'absinthe.

Il s'agit d'un nommé Bar..., tonnelier, âgé de 24 ans.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer les paroles du maître :

« Bien (1) qu'on l'ait autrefois accusé d'absintheisme, après avoir avoué ingénûment tous les excès possibles en fait de vin et d'alcool, il nous a affirmé à plusieurs reprises et avec une apparence de grande sincérité, qu'il n'est point coutumier de l'absinthe, qu'il en a bu rarement, qu'il ne l'aime pas et que, en particulier, jamais il n'en a bu cinq ou six verres par jour comme on le lui a fait dire... Cela est important à relever, parce que je crois reconnaître l'histoire de notre malade dans une publication importante et émanant de bonne source, où il est représenté comme un absinthique. Les accidents nerveux que nous avons décrits plus haut, à savoir : attaques convul-

(1) Charcot (J.-M.). *Leçons sur les maladies du syst. nerv.* publiées par G. Guinon, t. I, p. 302.

» sives épileptiformes avec projection du tronc en
» avant; plaque hypéresthésique siégeant sur l'hy-
» pochondre gauche dont la pression détermine la
» production de convulsions en arc de cercle, comme
» on le voit chez les hystériques ovariennes, tous
» ces accidents sont considérés là comme relevant
» directement de l'intoxication absinthique, et comme
» pouvant contribuer à la caractériser publiquement.
» En ce qui me concerne, vous l'avez compris par
» ce qui précède, je ne puis voir chez notre malade
» qu'un cas d'hystérie « comme un autre » dans
» lequel, étiologiquement, l'alcoolisme — non l'absin-
» thisme — à titre d'agent provocateur, joue un grand
» rôle, mais où le traumatisme, ainsi que nous allons
» le voir, réclame, lui aussi, une grande part d'in-
» fluence... »

M. BALLET a remarqué une série de polyuriques appartenant à la famille des dégénérés, et il se demande si la polyurie simple ne doit pas être classée parmi les stigmates caractéristiques de la dégénérescence.

Il groupe les faits qu'il a observés en trois classes :

1° Polyuriques simples avec stigmates de dégénérescence (physique et psychique);

2° Polyuriques simples avec stigmates d'hystérie sans stigmates de dégénérescence;

3° Polyuriques azoturiques avec stigmates d'hystérie.

M. MATHIEU publie plusieurs observations de polyuries hystériques; nous en reproduisons deux dans notre thèse.

Il fait remarquer que sur sept polyuriques hystériques dont l'histoire vient d'être rapportée à la Société médicale des hôpitaux, il y en a trois qui ont eu du diabète insipide après des excès de boissons passagers;

il en conclut qu'il faut faire jouer un rôle dans la pathogénie de la polyurie dans l'hystérie à la perturbation complexe que doit causer l'ingestion à haute dose des boissons alcooliques pendant plusieurs jours, dans des conditions particulières d'insomnie et de surmenage.

Jusqu'alors les polyuriques hystériques dont les observations avaient été publiées urinaient en moyenne cinq à huit litres par vingt-quatre heures. M. Mathieu, le premier, rapporte l'histoire d'un *grand* polyurique hystérique qui urine vingt-cinq litres.

M. BABINSKI, dans une observation que nous rapportons dans notre thèse, et qui est *la première* où il est impossible de réfuter l'hystérie comme véritable cause de la polyurie, fait remarquer que des syndrômes d'hystérie (hémianesthésie, etc.) et de polyurie chez un même malade ne suffisent pas pour affirmer que la polyurie dépend de l'hystérie; il faut que par la suggestion l'hypnotiseur arrive à faire varier à son gré la quantité des urines.

Tous les phénomènes hystériques pouvant se présenter isolément (hystérie monosymptomatique), il y a tout lieu de supposer que la polyurie peut constituer aussi une manifestation monosymptomatique de la névrose.

Il est donc très important de suivre l'évolution de la maladie.

M. le prof. DEBOVE pense que la polyurie hystérique est bien plus fréquente qu'on ne le croyait, car l'hystérie, mieux étudiée aujourd'hui, peut être mieux diagnostiquée dans des cas où on ne la supposait même pas. On peut aussi l'observer chez des malades atteints d'hystérie fruste, ou ne présentant aucun stigmate d'hystérie au moment où ils sont examinés.

Enfin, la polyurie peut également se substituer à d'autres manifestations et syndromes hystériques.

M. GILLES DE LA TOURETTE étudiera la polyurie hystérique dans le second volume du « Traité de l'Hystérie » ; en attendant, nous lisons dans une publication sur « la Nutrition dans l'Hystérie, » en collaboration avec M. Cathelineau, les passages suivants :

« Pour (1) ce qui est de la polyurie, signalée par
» la plupart des auteurs, les moyennes montrent que,
» sous ce rapport, le volume de l'urine des 24 heures
» de la période d'attaque est à peu près égal au
» volume de l'urine de la même période d'état normal.
» Il faut tenir compte toutefois de ce fait, que l'urine
» émise aussitôt après l'attaque (urine primaire) com-
» prend souvent les 2/3 de l'urine des 24 heures. A
» ne considérer que cette première miction il y a
» donc polyurie relative. L'urine primaire présente,
» dans sa constitution, les mêmes caractères géné-
» raux que l'urine secondaire, avec cette différence
» que la proportion des matériaux solides y est encore
» beaucoup plus faible.

.
» Nous ne dirons rien de la nutrition dans les trou-
» bles urinaires proprement dits, anurie, oligurie,
» ischurie et polyurie. Pendant les deux années qu'ont
» duré nos recherches, nous n'en avons pas trouvé
» d'exemple parmi les nombreux malades admis dans
» les salles de la clinique, ou bien les phénomènes
» étaient trop incomplets, trop transitoires pour se
» prêter à l'analyse. Comme on le voit, ces cas sont
» rares, ce qui cependant n'enlève rien à leur inté-
» rêt..... »

(1) Gilles de la Tourette et H. Cathelineau. *La Nutrition dans l'Hystérie*. Par. 1890, p. 32.

M. le prof. DEBOVE et M. RÉMOND (de Metz) démontrent que les sujets atteints de sciatique présentent habituellement de la polyurie, polyurie qui débute avec la douleur, augmente avec elle et cesse quand elle a disparu.

M. MATHIEU cite également des observations de polyurie passagère dans la sciatique, polyurie qui n'apparaît qu'avec la crise douloureuse et disparaît avec elle.

M. LÉPINE combat les idées de M. Debove, et affirme qu'il est rare de constater dans la sciatique une polyurie très marquée. Les expériences qu'il a faites à ce sujet en collaboration avec son élève, M. Hugonnard, sont relatées dans la thèse de ce dernier; en voici les conclusions :

Les excitations moyennes ou fortes du sciatique diminuent considérablement et même arrêtent la sécrétion urinaire.

Les excitations légères du même nerf l'augmentent. Ce fait paraît trouver une confirmation dans le domaine clinique, car on peut voir la névralgie du sciatique augmenter la sécrétion rénale.

M. HUCHARD est du même avis, et pense même que l'oligurie s'observe plus fréquemment dans les sciatices très douloureuses, et que le plus souvent la polyurie, lorsqu'elle existe, doit être mise sur le compte de maladie concomitante ou intercurrente, et attribuée à une artério-sclérose rénale généralisée au début, ou à une sclérose rénale commençante.

Depuis, un travail, qui nous intéresse plus particulièrement, inspiré par M. le prof. Debove à deux de ses élèves, MM. ACHARD et SOUPAULT, a paru dans la *Gazette des hôpitaux*, sous le titre « Sciatique et Hystérie ». Il s'agit de trois hystériques de l'hôpital

Andral, atteints à la fois de sciatique et de polyurie.

Chez le premier malade, M. Debove mit à profit le sommeil hypnotique pour lui suggérer la disparition de ses douleurs. Dès la première séance, l'amélioration fut notable, et, au bout de quatre séances, cet homme était complètement guéri. Ainsi on peut dire que la curabilité de la sciatique par suggestion a jugé sa nature hystérique, et que la névralgie n'était qu'une manifestation de la névrose. Chez le second malade, les tentatives de suggestion n'ont pas produit des résultats aussi nets que dans le cas précédent ; cependant elles ont été suivies d'une amélioration non douteuse, mais si la nature hystérique de la sciatique n'est pas ici aussi solidement établie que dans le premier fait, elle est du moins très probable.

Il résulte donc que non-seulement la sciatique peut s'associer aux stigmates de l'hystérie, mais qu'elle est elle-même, dans certains cas, un accident hystérique. Cette sciatique hystérique siégeait, dans les faits précédents, du côté de l'hémianesthésie, ce qui montre bien que l'anesthésie de la peau est indépendante de celle des troncs nerveux. Nous avons vu aussi que cette sciatique hystérique peut succéder à une attaque. Ainsi M. Debove a rapporté autrefois l'observation d'un malade hémianesthésique, qui fut guéri par l'application de l'aimant, mais chez qui la disparition de l'anesthésie fut aussitôt marquée par le retour d'une sciatique dont il avait cessé de souffrir depuis cinq ans (1). On admit alors que la sciatique avait été masquée, pendant tout ce temps, par l'anesthésie, et l'on se crut en droit de faire remonter à

(1) Note sur un cas d'hémi-anesthésie d'origine alcoolique, *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 11 février 1879, p. 49.

ces cinq années le début de l'hémianesthésie. Mais, aujourd'hui, M. Debove se demande si cette sciatique nouvelle n'était pas plutôt une névralgie hystérique qui venait remplacer l'hémianesthésie.

Cette interprétation qui fait, dans certains cas, de la sciatique un accident hystérique, comporte encore une conclusion pratique, c'est la possibilité de guérir la névralgie par suggestion. Il convient, à ce sujet, de se demander si ce n'est pas de même, par pure suggestion, qu'agissent certaines médications empiriques, telle que la cautérisation du lobule de l'oreille, auxquelles on a dû nombre de succès mal expliqués (Achard et Soupault).

Après avoir démontré sans aucun doute chez ces hystériques atteints à la fois de polyurie et de sciatique que la névralgie était bien chez eux une manifestation, un syndrome hystériques, il eût été intéressant et facile de vérifier s'il en était de même de la polyurie en la faisant paraître et reparaitre par le même procédé, c'est-à-dire par la suggestion pratiquée pendant le sommeil hypnotique.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Pour expliquer le mécanisme de la polyurie hystérique, il faut écarter toute lésion matérielle du rein. L'hypothèse de lésion nerveuse, vraie pour bon nombre de polyuries, doit être rejetée lorsqu'on envisage la polyurie hystérique ; en effet, quand une lésion cérébrale détermine de la polyurie, il s'y associe d'autres symptômes, la lésion nerveuse ne régresse pas le plus souvent, et pourtant la polyurie hystérique guérit.

Il s'agit ici de troubles dynamiques, tels qu'en produit l'hystérie où il n'existe jamais d'altérations appréciables.

L'augmentation de la pression vasculaire sous l'influence de la grande quantité de liquide ingéré (Bock et Hoffmann, en injectant de l'eau dans le torrent circulatoire, ont produit des polyuries intenses, mais passagères) n'est pas suffisante pour expliquer la polyurie, et si elle s'accompagne de polydipsie, elle reste néanmoins le phénomène primitif : en effet, si l'on prive le polyurique de boisson, il continue à uriner abondamment, et on a pu démontrer par des méthodes de comparaison qu'avec la même quantité

de liquide le polyurique émet pourtant plus d'urine que le sujet sain.

Une vive émotion n'est-elle pas suivie d'une émission exagérée d'urine sans augmentation de la soif et sans ingestion de liquide. S'il s'agissait de polydipsie primitive, la quantité des urines devrait rapidement s'abaisser au-dessous même du chiffre normal, si l'on privait les malades de boissons. Il semble aussi que dans la polydipsie cette même quantité des urines soit inférieure à celle du liquide absorbé. Enfin on ne constaterait pas un affaiblissement de la perspiration cutanée.

Pour trouver la véritable cause de ce trouble urinaire, il faut s'adresser au système nerveux.

Bien que son influence soit évidente, le centre de la polyurie ne saurait être localisé, puisqu'elle a été provoquée différemment par de nombreux expérimentateurs : Cl. Bernard par la piqure du plancher 4^e ventricule, au-dessous des tubercules de Venzel et de l'origine du pneumogastrique ; Schiff, Eckard, Thiernesse l'ont obtenue en lésant des parties très différentes de l'encéphale (cervelet, vermis inferior), en irritant le grand sympathique au cou, les ganglions dorsaux placés sur le trajet des grands splanchniques ; Vulpian par la section des nerfs splanchniques et congestion consécutive du rein correspondant ; Hermann, par l'irritation du vague près du cardia ; Kahler a constaté la polyurie dans des lésions qui atteignent les portions logées dans les fosses occipitales, et tout l'isthme de l'encéphale.

Nous pouvons cependant affirmer que le siège de la polyurie est central, puisque nous la provoquons par suggestion chez des hystériques et des hypnotisables.

Après avoir donné un aperçu rapide de la polyurie en général, nous allons émettre quelques idées personnelles sur le mécanisme de la polyurie hystérique.

M. le professeur Charcot a décrit, sous le nom de diathèse de contracture, un état sinon particulier à l'hystérie, du moins presque constant dans cette névrose, caractérisé par une hyperexcitabilité réflexe capable de provoquer, sous l'influence des recherches du médecin, d'un accident fortuit ou même spontanément, des contractures permanentes ou passagères. Étudiée sur les muscles de la vie de relation, où elle est facile à déterminer, elle doit exister également pour les muscles de la vie végétative, et ne peut être mise en doute, entre autres exemples, dans les spasmes de l'œsophage et du sphincter vésical; et cependant, quelle que soit sa durée, on ne découvre pas de lésions du système nerveux. Aussi, pensons-nous que chez les hystériques il peut se produire dans le sympathique et les muscles de la vie de la nutrition les mêmes phénomènes qui se passent chez eux dans le système cérébro-spinal et les muscles de la vie de relation. Les excitations psychiques qui, à l'état de veille, provoquent la contraction d'un groupe musculaire, ne peuvent-elles pas également, sous l'influence de la suggestion hypnotique, alors surtout que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est exaltée, provoquer dans une région déterminée des troubles circulatoires vaso-moteurs capables d'engendrer la polyurie? L'observation VII n'en est-elle pas un exemple, quand nous déterminons par suggestion hypnotique de la polyurie chez une hystérique jusqu'alors indemne de tout trouble urinaire, sans compter nos autres malades dont la polyurie a

successivement disparu et réapparu par le même procédé ?

Après la guérison de la contracture permanente, la diathèse de contracture n'en subsiste pas moins encore et explique ainsi les récives si fréquentes dans la vie pathologique de l'hystérique. Pourquoi n'en serait-il pas de même du polyurique chez qui l'état de réflectivité persiste aussi après la guérison, et provoque encore sous l'influence d'une excitation déterminée un état de contracture partiel, localisé au système rénal, et une récive.

Nous venons d'attribuer la polyurie à la vaso-constriction des artères rénales ; ne pourrait-on pas de même soutenir une théorie opposée, et l'expliquer par des phénomènes réflexes paralytiques ? En tous cas, qu'il s'agisse d'une action vasculaire par l'intermédiaire des vaso-moteurs ou d'une action cellulaire par irritation des nerfs excito-sécrétoires ; qu'il s'agisse d'excitation vaso-dilatatrice ou de paralysie vaso-constrictrice, l'action du système nerveux n'est pas douteuse, la polyurie hystérique est une polyurie réflexe. M. Babinski essaie de donner l'explication des phénomènes de suggestion et du mécanisme par lequel ils peuvent se révéler :

On peut supposer que l'état hypnotique provoque sur un sujet détermine en lui une réceptivité spéciale qui le met dans des conditions toutes nouvelles, et le rend apte à en subir automatiquement les incitations irradiées du dehors sans leur faire subir le moindre temps d'arrêt. Comme à l'état normal, il vit d'une autre vie. Il obéit à des lois naturelles en vertu desquelles ces mêmes incitations arrivent dans sa trame sous forme d'ébranlements vocaux, sont transmises directement, sans être amoindries en route,

aux différents départements de la circulation périphérique. Or, comme il y a dans le cerveau des groupes de territoires isolés qui correspondent précisément à tel ou tel département de la circulation périphérique de tel ou tel viscère, il en résulte qu'en ébranlant, à l'aide d'une injonction impérative, tel ou tel de ces départements corticaux, on peut du même coup par action centrifuge solliciter directement des modifications circulatoires dans l'innervation des départements périphériques sympathiquement associés.

L'*Anatomie pathologique* de la polyurie hystérique n'est pas à faire, puisqu'il n'existe aucune lésion, néanmoins les reins doivent à la longue, sous l'influence de l'émission abondante des urines et d'une suractivité fonctionnelle prolongée, subir des modifications.

M. Tuffier a démontré par l'expérimentation que dans ces conditions le rein s'hypertrophiait dans tous ses éléments. Des opinions nombreuses ont été émises sur la nature de cette hypertrophie. Les uns localisent l'augmentation de volume dans un ou plusieurs des éléments constituant du parenchyme; les autres en Italie surtout, concluent à la régénération et à la néoformation d'éléments nobles. M. Tuffier a examiné des centaines de coupes, prises sur des fragments hypertrophiés à un degré que nul expérimentateur n'avait obtenu avant lui. L'hypertrophie est incontestable, elle est totale, et porte sur chacun des éléments de la glande. Les tubes contournés sont plus larges, leur épithélium est plus volumineux. Les glomérules sont hypertrophiés. Les tubes excréteurs sont eux-mêmes dilatés. Les vaisseaux sont plus gros et tout dans l'organe témoigne d'une suractivité fonctionnelle

intense, sans que nul part on trouve trace de phlegmasie aiguë ou chronique (Guyon et Tuffier).

L'expérimentation n'a été encore vérifiée par aucune autopsie, les seules que l'on connaisse, celles de Kienner et de Pribram, ont trait à des polyuries symptomatiques où aucune lésion des canalicules n'a été découverte malgré un examen histologique soigneux. Cependant Neuffer a décrit la dilatation des tubes urinifères et la dégénérescence graisseuse de l'épithélium, lésions que Kaurin a également signalées.

ETIOLOGIE

Toutes nos observations personnelles sont relatives à des polyuriques hommes. Dans nos recherches bibliographiques nous avons bien découvert dans les anciens auteurs des polyuries hystériques? chez la femme, mais ne s'agissait-il pas alors d'une simple coïncidence, et la polyurie était-elle bien un syndrome hystérique, c'est ce que l'histoire très incomplète des malades ne peut éclaircir. Aujourd'hui que la question est à l'ordre du jour, nous n'avons pu, parmi les communications de M. le prof. Debove, de MM. Babinski et Mathieu, en trouver un seul cas chez la femme.

En raison peut-être de la plus grande fréquence? de l'hystérie chez la femme, on devrait s'attendre à rencontrer surtout chez elle la polyurie, et cependant il n'en est rien; ce qui tient sans doute à ce que cette condition est fortement contre-balancée par des influences auxquelles l'homme est habituellement exposé, et qui agissent comme causes occasionnelles : l'alcoolisme, les refroidissements, etc.

La polyurie hystérique est donc surtout fréquente chez l'homme, et à l'âge moyen de la vie. Nous ne pouvons en effet en citer qu'une observation chez l'enfant et aucune chez le vieillard. M. L. Guinon, dans

sa thèse, cite un cas de polyurie chez une hystérique datant de l'âge de huit ans, observation recueillie dans le service de M. Proust par M. Méry.

On peut considérer la polyurie comme un mode de réaction spécial à certaines hystériques à l'égard de causes que nous allons chercher à déterminer. Nous en sommes presque réduit à parler des faits que nous avons nous-même observés.

Dans nos observations personnelles, elle a débuté deux fois après l'injection d'eau glacée, le corps couvert de sueurs, deux fois à la suite de copieuses libations, une fois après un refroidissement, une autre fois à la suite d'une crise convulsive, enfin nous l'avons notée consécutivement à une crise de névralgie sciatique. Le plus souvent nous n'avons pu en découvrir la cause.

Dans les antécédents des malades nous notons presque toujours dans leur enfance de l'incontinence nocturne d'urine qui se prolonge souvent assez tard, mais n'est pour rien dans l'éclosion de la polyurie qui ne débute que bien des années après. Ce trouble urinaire n'indique dans l'enfance qu'un état névropathique précurseur de l'hystérie, mais sans aucune influence directe sur la production d'une polyurie dans l'avenir.

Il est à remarquer que presque tous nos malades ont été des alcooliques bien avant d'être des polyuriques. Il est évident que l'alcool a pu préparer le terrain pour le développement de la névrose et qu'il a joué le rôle d'agent provocateur de l'hystérie chez ces malades prédisposés et appartenant à la famille névropathique. Mais, tout en provoquant une hystérie toxique, n'aurait-il pas une action irritative localisée sur les centres et sur les reins, et n'entraînerait-il pas l'éclosion de la polyurie, si nous considérons

celle-ci comme le résultat de la réaction anormale et isolée d'un des centres sécréteurs?

Toujours est-il qu'aigu ou chronique l'alcoolisme semble jusqu'ici être de toutes les causes déterminantes la plus commune, et c'est sans doute à la fréquence de l'hystérie alcoolique chez l'homme qu'est dû chez lui le privilège de la polyurie hystérique.

En tous cas, si nous ne pouvons en conclure à coup sûr qu'il y a relation de cause à effet, nous devons signaler la fréquence de leur association.

Si parmi nos malades nous avons trouvé beaucoup d'alcooliques, nous n'avons en revanche découvert aucun absinthique, ne considérant, bien entendu, pas comme tel celui qui par hasard boit une absinthe. Nous ne partageons donc pas l'opinion de M. Lancereaux, et sommes très porté à croire que ses absinthiques ne sont que des hystériques chez lesquels l'alcool a joué le rôle d'agent provocateur.

Il n'existe pas d'exemple de polyurie hystérique héréditaire. Chez aucun ancêtre nous n'en avons découvert, alors même qu'ils étaient hystériques, et rien parmi les enfants de nos malades, fussent-ils névropathes, ne peut faire prévoir qu'ils seront un jour polyuriques.

On connaît bien chez les parents les tares qui ont préparé chez les enfants l'éclosion du germe nerveux héréditaire et les ont prédisposés à l'hystérie, mais il serait illogique de chercher à déterminer les stigmates des ascendants qui auraient pu exercer quelque action sur la production de la polyurie chez leurs descendants.

Les cas de polyurie attribués autrefois à des traumatismes, émotions vives, secousses quelconques, perturbations physiques ou morales, pouvaient bien

être des polyuries hystériques, le trauma, l'émotion, etc., ayant joué le rôle d'agent provocateur de l'hystérie et du syndrome, mais l'insuffisance des observations le plus souvent très-incomplètes ne permet pas de l'affirmer.

Ces causes sont assurément loin d'être les seules à produire la polyurie hystérique. Malheureusement, les observations sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions en indiquer d'autres. Aussi, ne sera-t-on à même de compléter l'étiologie que lorsqu'on possédera un nombre de matériaux plus considérable.

Bien que l'on trouve chez quelques-uns de nos polyuriques des stigmates de dégénérescence, chez eux ou chez leurs ancêtres, ils appartiennent à la famille névropathique et sont avant tout des hystériques.

SYMPTOMES

La polyurie hystérique a été étudiée jusqu'ici d'une façon si incomplète que nous en sommes presque réduit à établir sa symptomatologie d'après nos propres observations.

Elle débute souvent brusquement. En d'autres cas, au contraire, la maladie se développe peu à peu et si lentement qu'il devient fort difficile de déterminer d'une manière précise le moment de son début.

La soif est constante, mais elle est loin d'atteindre le degré de celle qui accompagne le diabète sucré ou la polyurie essentielle. Malgré une sécheresse relative de la bouche et une salive épaisse, la langue reste encore humide. La soif varie, en général, en raison directe de la quantité des urines, mais la totalité des boissons absorbées reste toujours inférieure à celle des urines émises, condition qui ne peut se réaliser que grâce à une forte soustraction d'eau opérée aux dépens des tissus, car il est prouvé qu'il ne se fait pas par les téguments ou par les muqueuses une absorption de liquide contenu dans l'atmosphère ambiant. Lorsque la différence est minime, l'assertion est difficile à contrôler, parce

qu'il est presque impossible d'évaluer exactement la quantité d'eau ingérée dans les aliments solides.

Le besoin de boire leur enlève parfois presque tout sommeil ; il varie avec les heures, mais jamais nous n'avons rencontré chez nos polyuriques hystériques cette impulsion irrésistible qui pousse certains grands polyuriques à se procurer des liquides par tous les moyens possibles et à boire tout ce qui leur tombe sous la main, fût-ce même leurs urines. Ces buveurs ne présenteraient-ils pas les stigmates d'un état de dégénérescence mentale héréditaire voisin de la dipsomanie ?

Si l'on diminue la quantité des boissons, le taux de l'urine baisse relativement peu en raison de la déshydratation des tissus. Il n'y a donc aucun intérêt à soumettre le polyurique à la diète sèche qui peut même devenir un danger pour le malade et amener de graves accidents : ses lèvres se dessèchent, se gercent, il éprouve une sensation de vide, de malaise à l'épigastre allant parfois jusqu'à des vomissements avec palpitations et oppression.

L'appétit est en général augmenté. L'injection de grandes quantités d'eau détermine parfois de la dilatation gastrique, mais dans aucune de nos observations nous n'avons trouvé de rein mobile, qui, dans un cas récent de Sulzer, fut l'origine d'une polyurie ; du reste, l'injection de liquides abondants n'est pas contraire chez eux à une bonne digestion, puisqu'ils ne mangent qu'à cette seule condition.

Nous avons pensé que les polyuriques étaient des hyperchlorhydriques qui cherchaient, par l'abondance des boissons, à diluer leur suc gastrique en atténuant ainsi l'acidité de l'estomac. Il n'en est rien : nous avons consulté à cet effet M. le professeur Hayem, qui n'établit jusqu'ici aucune relation entre la com-

position du suc gastrique et la polyurie ; il a observé des séries de polyuriques avec hyperchlorhydrie, d'autres avec de l'hypo-pepsie. Peut-être, pourtant, y a-t-il une relation entre certaines formes de dyspepsie et les polyuries minimales.

Nous n'avons jamais remarqué que la vessie eût une capacité exceptionnelle et élimine en une seule fois plus de deux litres d'urine, ainsi que M. Duponchel en rapporte un exemple.

Presque tous nos polyuriques ont présenté dans leur enfance de l'incontinence nocturne d'urine qui s'est parfois prolongée jusqu'à l'adolescence. La constipation était la règle.

On a maintes fois fait la remarque que des doses d'alcool tout à fait considérables étaient parfaitement tolérées par les polyuriques qui présentent la même immunité à l'égard des médicaments, la substance active étant éliminée par le lavage des tissus. C'est ainsi que M. le professeur Hayem leur donne 0,20 centigr. d'extrait d'opium. Nous avons toujours trouvé la température du corps normale.

La perspiration cutanée et la perspiration pulmonaire sont diminuées notablement, le fait a été constaté directement par M. Straus, qui a noté que la quantité d'eau éliminée par les poumons et par la peau chez un même sujet était en raison inverse de la polyurie.

La peau est sèche ; une seule fois nous avons observé dans l'observ. VI des sueurs profuses extrêmement abondantes.

Le pouls est large, bondissant, tendu. La tension artérielle a toujours été trouvée augmentée et a varié en raison directe de la quantité des liquides ingérés et par conséquent de la polyurie. Nous nous sommes servi à cet effet du sphygmomètre de Verdin dont le

trait de division 750 (tension normale) correspond aux chiffres 16 à 18 du sphygmanomètre de M. le prof. Potain.

Nos malades n'ont jamais présenté d'embonpoint exagéré, au contraire, ils avaient maigri quelquefois d'une façon assez notable depuis leur polyurie; rien d'étonnant à cela d'ailleurs, l'énorme dilution des suc digestifs ne peut amener qu'un chyle mal élaboré dont les produits s'assimilent très incomplètement; aussi l'augmentation de poids malgré la boulimie est-elle tout à fait exceptionnelle.

En d'autres cas, la nutrition générale n'est aucunement troublée bien que la maladie soit ancienne et très accusée.

Ils étaient pâles, mais sans présenter dans les vaisseaux du cou de souffle anémique; la numération des globules sanguins n'a pas été faite. Ils sont tristes et abattus; chez quelques-uns leur affection est leur unique préoccupation au point qu'ils deviennent psychopathes urinaires. Ils présentent en outre les symptômes si variés de l'hystérie, d'autres même, en plus, les stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence.

Les désirs vénériens sont conservés, et les fonctions génératrices se font bien.

Aucun de leurs enfants n'a présenté de polyurie au moment où nous publions ce travail.

Caractères des urines. — La coloration de l'urine est d'autant plus faible que la polyurie est plus abondante; chez notre grand polyurique (obs. V) elle était presque incolore et se distinguait à peine de celle de l'eau.

Les urines sont le plus souvent limpides, transparentes.

Leur densité varie en général en raison directe de l'abondance de la polyurie. Le minimum constaté par nous a été 1001.

Leur odeur est d'autant moins prononcée que la coloration et la densité sont plus faibles. Réaction faiblement acide ou neutre.

L'urée varie avec l'alimentation capricieuse des hystériques; la quantité en est donc très variable, et si nous la trouvons parfois augmentée, cet excès est uniquement dû à l'alimentation, l'azoturie est ici une azoturie alimentaire, la composition des urines variant d'un jour à l'autre avec la nourriture plus ou moins azotée des malades. Il n'existe aucune relation entre la quantité des urines et celle de l'urée. Sans avoir de boulimie, nos malades avaient en général bon appétit, et présentaient toujours des variations du taux de l'urée correspondant au régime mixte, animal ou végétal qu'ils suivaient.

Les chlorures dépassent toujours la normale, et cet excès ne tient pas à l'alimentation, bien que l'excrétion du chlore par l'urine puisse être influencée par l'ingestion plus ou moins grande de chlorure de sodium. Nous pensions d'abord que cet excès des chlorures tenait à ce que les hystériques avaient de l'anesthésie bucco-pharyngienne et de la muqueuse linguale, et que pour goûter leurs aliments ils étaient obligés de les épicer et de les saler outre mesure. Il n'est rien, pas plus que les autres malades ils n'abusaient du sel. D'après ces faits, il est évident que la quantité de chlore excrété ne dépend pas seulement de la proportion des chlorures ingérés, mais qu'elle est aussi influencée par d'autres causes, et spécialement par celles qui augmentent la quantité d'urine éliminée. Pour savoir ce qui revient à l'hystérie et ce qui

dépend de l'alimentation, il faudrait doser exactement le chlore de tous les aliments ingérés au moment de l'expérience.

Le plus souvent la courbe du chlore marche parallèlement à celle du volume de l'urine, en sens inverse de la courbe du poids spécifique et de la matière colorante. Le maximum d'excrétion de chlorure de sodium a été chez nos malades d'environ vingt grammes par vingt-quatre heures. La soustraction à l'organisme d'éléments qui lui sont nécessaires constitue donc une circonstance fâcheuse.

Peut-on, en se basant sur la proportion du chlore dans les urines, tirer comme dans les maladies aiguës une conclusion assez exacte sur le degré de l'appétit et sur le pouvoir digestif, puisqu'en général une grande quantité de chlore annonce une bonne digestion? Nous ne le croyons pas; nous venons d'affirmer que l'excès de chlore ne provient pas de l'alimentation. Pour satisfaire à ces déperditions constantes d'eau et de chlorures, l'appétit est souvent exagéré, d'où le surmenage de l'estomac, des troubles gastro-intestinaux et de l'amaigrissement. Nous ne sommes donc pas de l'avis de M. le professeur Hayem et de M. Rendu qui pensent que la quantité des substances dissoutes dans l'urine est en rapport avec l'alimentation, et que la quantité des urines émises est également sous la dépendance des boissons ingérées, et proposent de substituer dans certains cas les mots « polyphagie » et « polydipsie » au mot « polyurie ».

Ce qui semble vrai pour l'urée ne l'est certainement pas pour le chlore, au moins pour ce qui concerne la polyurie hystérique, puisque nous avons soumis un sujet sain au même régime qualitatif et quantitatif qu'un polyurique, et que nous avons constaté chez le

premier une élimination normale de chlorure de sodium (10 gr.), alors que le second en éliminait 18 gr. La polyurie hystérique est donc une « *chlorurie* », si nous osons exprimer ainsi l'excès de chlore dans les urines. Quant au rapport entre la quantité d'urine et celle des boissons, nous avons toujours constaté que le volume des urines dépasse celui des boissons, que la polydipsie est un phénomène consécutif à la polyurie, même en faisant approximativement la part des pertes liées à la défécation et la perspiration cutanée, et à l'eau qui entre dans la constitution des potages et des aliments. Nous avons remarqué aussi que la polyurie ne discontinuait pas, alors même que nous supprimions les liquides. Cette expérience ne pouvait évidemment pas être prolongée sans amener des troubles, mais elle suffisait à prouver qu'une partie de l'eau que sécrète le polyurique provient de ses tissus.

En résumé, chez tous nos malades nous avons rencontré un grand *excès de chlorure de sodium*, et nous croyons être le premier à attirer l'attention sur ce phénomène qui semble caractériser la polyurie hystérique.

L'acide phosphorique total est toujours resté normal, que nous ayions eu affaire à de grandes ou à de minimes polyuries, et nous avons constaté que les phosphates terreux étaient aux phosphates alcalins comme 1 à 3, n'ayant jamais opéré qu'en dehors des périodes d'attaques.

Les urines de nos malades étaient exemptes de sucre, albumine, inosite, peptones et indican. La quantité des urines est très variable. Le maximum a été 25 litres.

Mais la caractéristique de la polyurie hystérique est de voir varier quantitativement les urines au gré

de l'hypnotiseur sous l'influence de la suggestion.

Les mictions se font à intervalles variés, en général moins fréquemment la nuit que le jour. La quantité d'urine émise pendant le jour paraît plus abondante que celle de la nuit, mais les mictions nocturnes, par cela même qu'elles sont moins fréquentes, sont chacune en particulier plus abondantes. Le volume des mictions est variable : un de nos malades urinait en une fois habituellement plus d'un litre, mais ses mictions étaient rares ; elles sont parfois tellement pressantes que le polyurique n'a pas le temps de les satisfaire, et urine dans son pantalon.

Ce qui attire surtout l'attention des malades au début, c'est la pollakiurie bien plus que la polyurie dont ils ne se rendent compte que lorsqu'elle a atteint un chiffre déjà assez considérable, et pourtant la pollakiurie est ici consécutive à la polyurie.

A cette pollakiurie d'origine purement mécanique au début, vient s'ajouter chez ces névropathes une pollakiurie psychique qui ne s'installe que lorsque l'attention des malades est appelée sur leurs organes génitaux, dès lors les préoccupations vésicales les assiègent perpétuellement, d'où les habitudes de mictions fréquentes qui en sont la conséquence.

L'émission des urines suit généralement assez rapidement l'ingestion des liquides ; pour Külz, l'émission commence plus tard chez le polyurique que chez l'homme sain. Au contraire, les expériences de Kraus montrent que lorsque l'organisme est saturé d'eau, le polyurique sécrète plus vite que l'homme sain qui boit la même quantité d'eau.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de polyurie se fonde sur la connaissance d'une urine de faible densité et ne renfermant ni sucre, ni albumine. Cette connaissance n'offre pas de difficulté pour peu que l'on ait soin de faire mesurer la quantité d'urine rendue dans les 24 heures, car faute de ce soin un certain nombre de cas pourraient passer inaperçus.

La polyurie reconnue, il reste pour arriver à un traitement rationnel à rechercher la condition pathogénique ou étiologique qui a présidé à son développement.

Il ne faudrait pas dans le cas de polyurie chez un hystérique dont les stigmates sont incontestables, en déduire fatalement qu'elle relève directement de la névrose. Pour être hystérique, on n'en est pas moins capable d'avoir une polyurie d'une toute autre nature, et par suite il faudra avoir soin de procéder pour le diagnostic par élimination, et de ne conclure à la nature hystérique de la polyurie qu'alors qu'on aura par un examen minutieux constaté l'absence d'une autre cause, et qu'on aura prouvé que la polyurie relève directement de l'hystérie et constitue un des syndromes de cette névrose. Souvent, en effet, nous voyons coïncider chez un même individu l'hystérie et des perturbations de toute autre nature.

Nous en arrivons à éliminer successivement les néphrites chroniques par l'absence d'albumine et d'hypertrophie du ventricule gauche; le rein amyloïde, par l'absence de suppurations prolongées, de phtisie, de cachexie; les polyuries symptomatiques de lésions nerveuses, néoplasmes, syphilis, tubercules, qui présentent d'autres signes à côté de l'exagération de la quantité des urines; les polyuries transitoires émotives ou consécutives aux attaques convulsives, et celles de la convalescence des maladies aiguës, toujours de courte durée; les polyuries médicamenteuses consécutives à l'usage de la digitale, de certaines eaux minérales; les polyuries liées aux affections des voies urinaires, à la rétention chez les prostatiques, dans la tuberculose urinaire, chez les vieux rétrécis. Restent enfin la polyurie azoturique et la polyurie essentielle; la première, caractérisée par une densité très élevée et un excès d'urée qui augmente avec l'abondance des urines; la seconde, improprement appelée essentielle, n'est pas bien définie. On lui attribue pour causes l'alcoolisme, les refroidissements, l'hérédité, les émotions, les chagrins, les fatigues, les douleurs, l'hystérie.

Pour nous, nous ne considérons pas plus la polyurie essentielle que les autres comme une unité, elle n'est qu'une expression symptomatique propre à différents états morbides qu'on arrivera à déterminer. Nous voyons déjà son importance diminuer par la polyurie hystérique qui revendiquera pour elle bien des cas étiquetés, jusqu'alors, polyuries essentielles.

Comment conclure maintenant à la nature hystérique de la polyurie?

M. Babinski, dans une publication sur la migraine ophthalmique hystérique, détermine la valeur des

divers arguments qu'on invoque tour à tour quand on veut établir qu'une affection relève de l'hystérie. Il les range en cinq groupes principaux suivant qu'ils se rapportent :

1° A l'aspect symptomatique de l'affection dont on s'occupe ; 2° à son évolution ; 3° à son étiologie ; 4° à l'influence que peut avoir sur elle tel ou tel traitement ; 5° aux renseignements fournis par l'expérimentation sur les hypnotiques.

« 1° a) Il (1) ne suffit pas d'établir que le malade » dont on s'occupe est hystérique il est nécessaire » de montrer que le syndrome dont il est porteur a » quelques-uns des attributs de l'hystérie ;

» b) Il faut établir que l'hystérie est susceptible » de donner naissance à ce syndrome ;

» c) Enfin un syndrome peut devoir son cachet » hystérique à certains caractères extrinsèques, entre » autres à la possibilité de le faire apparaître ou » disparaître à volonté par une pression exercée sur » certaines régions, à l'absence d'élévation thermique, » peut-être aussi à la quantité d'urée et à quelques » autres particularités urologiques (Gilles de la Tourette et Cathelineau), quand il s'agit de troubles » nerveux qui se manifestent sous forme d'accès.

» 2° a) Les affections hystériques se développent » avec rapidité, mais non soudainement.

» b) Une disparition rapide de certains accidents » peut, au contraire, permettre d'éliminer complètement l'hypothèse d'une lésion organique et même » de certaines névroses et mener ainsi au diagnostic.

» c) L'hystérie n'arrive que rarement à la déchéance psychique, contrairement à l'épilepsie ;

(1) Babinski (J). *Migraine ophthalmique hystérique*. Archiv. de neurolog., n° 60, vol. XX, nov. 1890, p. 305.

» l'intégrité de l'intelligence doit être prise en considération.

» d) Les relations qu'affecte un syndrome avec certaines manifestations hystériques peuvent avoir, au point de vue qui nous occupe, une valeur capitale; s'il survient dans le cours ou à la suite d'une attaque d'hystérie, s'il est susceptible de succéder, en le remplaçant, à quelque phénomène hystérique, ou bien encore s'il peut être suppléé par un phénomène de ce genre, il y a de très grandes probabilités pour que ce syndrome dépende de l'hystérie...

» Aussi l'argument précédent nous paraît-il surtout démonstratif, lorsque les deux phénomènes se succèdent à court intervalle, lorsqu'ils alternent plusieurs fois l'un avec l'autre, et qu'ils semblent constituer ainsi de véritables équivalents.

» 3° Les causes qui peuvent donner naissance aux diverses manifestations hystériques sont multiples : les émotions morales, le surmenage, le traumatisme, les intoxications, les infections, etc., peuvent être incriminés, mais il n'y a rien là qui appartienne en propre à l'hystérie; les influences psychiques paraissent toutefois jouer là un rôle plus important que dans les autres maladies.

» 4° Les résultats obtenus par le traitement peuvent apporter dans certains cas quelques probabilités en faveur du diagnostic. On sait en effet que le plus souvent le bromure de potassium n'exerce aucune action sur l'hystérie, et que par contre les pratiques hydrothérapiques, l'isolement des malades, les divers modes de suggestion à l'état de veille ou d'hypnotisme amènent souvent l'amélioration et la guérison.

» 5^o J'en arrive au dernier argument, celui que
» peut fournir l'expérimentation sur les hypnoti-
» ques. »

Après chacune de nos observations nous avons fait ressortir les arguments en faveur de la nature hystérique de la polyurie. Nous nous dispensons donc de démontrer à nouveau qu'il existe une relation étroite entre ces deux états, que la polyurie est ici sous la dépendance directe de l'hystérie, qu'elle est une manifestation de cette névrose.

L'influence seule de la suggestion hypnotique sur nos polyuriques, dont les urines variaient en quantité au gré de l'hypnotiseur, suffit à affirmer que leur polyurie est bien hystérique. Du reste, suivant les doctrines de la Salpêtrière, l'hypnotisme ne peut guère servir d'agent curatif que dans l'hystérie, et M. Babinski affirme que la plupart des affections qui ont été influencées ou guéries par cette méthode relèvent de cette névrose. En 1885 déjà, M. le professeur Debove disait que la ressemblance des sujets hypnotisables et suggestionnables avec les hystériques était telle qu'il ne s'agissait peut-être que d'un seul et même état pathologique.

L'hystérie peut se manifester par le seul symptôme polyurie (hystérie monosymptomatique) : il ne faut donc pas en conclure que la polyurie n'est pas de nature hystérique, alors qu'on ne rencontre chez le malade aucun stigmata de la névrose, car la diathèse hystérique peut exister à l'état latent.

Enfin la polyurie, à l'égal des autres syndromes hystériques, est susceptible de succéder, en le remplaçant, à quelque phénomène hystérique, ou d'alterner avec lui. Il faudra toujours interroger soigneusement les hystériques au sujet de la fréquence des mictions et de leur abondance, et au besoin faire

conserver la quantité d'urine que rendent ces malades afin de ne pas laisser échapper des cas de polyurie qui, sans cela, passeraient inaperçus. Il est bien entendu qu'il faudra se mettre en garde contre les tentatives de supercherie des malades.

A ce propos, et pour faciliter le contrôle de nos recherches, nous allons résumer la technique que nous avons suivie chez tous nos malades. Chaque polyurique avait son bocal gradué où ses urines étaient recueillies de 10 à 10 heures du matin du jour suivant, et étaient analysées immédiatement. Les malades devaient uriner dans leur bocal avant d'aller à la garde-robe, et ne jamais le sortir de la salle. Il eût été à désirer de pouvoir les isoler pendant la période d'expérience, mais ils ont été l'objet d'une telle surveillance, tant par nous que par le personnel et leurs voisins qu'aucune infraction aux prescriptions médicales n'a pu être commise. Nous les sondions, et les faisons souvent uriner devant nous, puis comparions la densité des urines fraîchement émises à celles du bocal. Nous leur suggérions également de ne pas nous tromper.

Pendant la période d'observation aucun de nos malades n'a eu d'attaque convulsive, ou autre manifestation pathologique capable de fausser le résultat de nos expériences.

Certains de nos polyuriques étaient soumis à un régime alimentaire identique tous les jours en quantité et en qualité, et étaient comparés à un individu bien portant, de même apparence et de même poids, soumis exactement à la même alimentation. Les autres ont été soumis à un régime varié, mais dont la composition a été régulièrement tous les jours inscrite en regard de l'analyse des urines. Les pesées quotidiennes des

malades, celles des garde-robes ont été scrupuleusement notées à côté de la sécrétion urinaire dont nous avons relevé chaque jour le volume, la densité, l'urée, le chlorure de sodium et l'acide phosphorique. Enfin, nous avons pris la tension artérielle, et n'avons cherché à intervenir par la suggestion qu'après avoir soumis déjà depuis plusieurs jours le malade au régime alimentaire qui devait lui être imposé pendant toute la durée de l'expérience.

Nous aurions pu tenir compte dans la quantité des urines émises de la perspiration cutanée et pulmonaire, mais ces expériences sont presque impraticables chez les hystériques dont le caractère est si capricieux, et qui quitteraient l'hôpital, si l'on exigeait trop d'eux.

Le volume de l'urine a été rigoureusement déterminé à l'aide d'éprouvettes graduées.

L'urée a été dosée par le procédé de Régnard fondé sur l'emploi de l'hypobromite de soude; le chlorure de sodium par la méthode volumétrique de Mohr, et la solution titrée de nitrate d'argent; l'acide phosphorique à l'aide du procédé de Joulie par la liqueur titrée d'azotate d'urane.

La recherche des peptones a été faite par la réaction de Tanret (iodure double de mercure et de potassium en solution acétique); celle de l'indican en traitant les urines par l'acide chlorhydrique et l'éther; enfin l'inosite par l'action combinée de l'azotate de protoxyde de mercure et la chaleur.

Pronostic. — Bien qu'il soit assez difficile de porter un pronostic sur une affection dont les observations sont encore assez rares pour que certains auteurs puissent en mettre l'existence en doute, nous croyons cependant, en nous basant sur des faits personnels, que la polyurie hystérique est une maladie inquié-

tante par sa persistance et ses tendances à la récurrence. Elle n'entraîne jamais aucune de ces complications fâcheuses comme la tuberculose ou ces accidents dus à la glycémie, que l'on observe dans le diabète sucré; d'autre part elle n'amène pas cette débilitation profonde qui accompagne la phosphaturie ou l'azoturie.

A l'égal des autres syndromes hystériques, un rien suffit à en provoquer le retour, alors qu'on avait tout lieu de croire à une guérison prochaine; peut-être la polyurie est-elle susceptible de disparaître spontanément, mais si cette disparition peut survenir brusquement, nous ne devons pas oublier que l'hystérie chez l'homme est spécialement tenace, et nous devons garder une grande réserve en ce qui concerne l'époque possible de la guérison.

Peu grave par elle-même, puisque les phénomènes de dénutrition sont relativement peu accentués, la polyurie hystérique peut amener chez certains sujets un état de déchéance psychique voisin de la neurasthénie ou de l'hypochondrie.

Si cette affection permet au malade de vivre de longues années sans compromettre son bien-être, il n'en est pas moins certain qu'elle constitue une infirmité qui peut durer jusqu'à la mort.

TRAITEMENT

La suggestion, préconisée en 1885 par MM. Debove et Flamand dans leurs recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie), a été mise depuis à profit par M. Babinski comme moyen thérapeutique, dans le traitement de la polyurie hystérique. On devra donner la préférence à la suggestion hypnotique, et quel que soit le procédé dont on se servira, user de patience, et agir sur l'imagination du malade en lui ordonnant avec insistance de moins boire et de moins uriner. Le succès sera plus sûr et plus rapide, si la suggestion agit à la fois sur la polydipsie et sur la sécrétion urinaire, et de même qu'il ne faut pas laisser traîner les contractures, de même on devra traiter dès le début la polyurie.

Il arrive parfois que la suggestion hypnotique produit immédiatement une amélioration très grande et amène la disparition complète de la polyurie. Mais le résultat n'est brillant qu'en apparence, car il n'est pas durable, et la guérison ne se maintient que d'une façon provisoire. Ce n'est donc qu'après un certain nombre de séances que l'on arrivera à une guérison durable.

Plusieurs de nos malades traités par la suggestion hypnotique sont partis guéris ou au moins considéra-

blement améliorés. Malgré ce succès, nous ne sommes pas en droit d'affirmer que la guérison est chez eux définitive en songeant à l'instabilité et à la mobilité qui caractérisent les phénomènes hystériques.

D'après MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, l'état hypnotique influence les excréta urinaires des 24 heures de la même façon que l'attaque hystérique; de part et d'autre on observe une diminution du volume de l'urine, un abaissement du taux des excréta urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers.

Mais ceci n'est vrai que pour les attaques convulsives intenses, et jamais le sommeil hypnotique n'a été assez prolongé chez nos malades pour qu'ils émettent des urines au réveil, et y observer des modifications dans leur composition.

On pourrait nous objecter dans plusieurs de nos observations que si l'hydrothérapie a guéri l'hémi-anesthésie et les crises convulsives sans modifier en bien la polyurie, c'est que chez ces malades la polyurie n'est pas hystérique. Nous répondrons à cela que d'autres de nos malades, soumis d'abord à l'hydrothérapie, n'ont éprouvé aucune amélioration quant à leur polyurie, et pourtant la suggestion est arrivée à la guérir.

Bien qu'il ne faille pas exagérer le rôle de la simulation et voir partout des simulateurs, il est indispensable, pour contrôler la sincérité des sujets en expérience, de provoquer chez eux, ainsi que le veut M. Babinski, pendant le sommeil hypnotique, certains phénomènes somatiques, tels que contractions et plasticité cataleptique, qui offrent une garantie suffisante pour éloigner toute supercherie, et quand on peut les faire apparaître et disparaître

par suggestion, on est en droit d'affirmer que la suggestibilité du sujet en observation est exaltée.

Mais l'hypnotisme n'est pas applicable à tous les cas d'hystérie, parce que tous les hystériques ne sont pas susceptibles d'être plongés dans le sommeil hypnotique. On devra recourir alors à la suggestion à l'état de veille, mais ici les moyens de contrôle sont plus difficiles. Ce dernier procédé thérapeutique est constamment employé par le médecin, même à son insu : il suggestionne sans le savoir. D'autres agents thérapeutiques, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, peuvent être préconisés avec succès ; mais en dehors de leur influence spéciale, n'exercent-ils pas aussi une action suggestive à laquelle on doit attribuer la plupart des cures rapides ou instantanées qu'on obtient parfois à l'aide de ces moyens ?

Une indication découle également de l'état de santé générale du malade : s'il est anémique, et surtout si l'on suppose que l'anémie puisse influencer quelque peu sur la persistance de la polyurie, il sera nécessaire d'ordonner une médication tonique, fer, hémoglobine, kola, quinquina ; douches froides en jet de courte durée suivies de frictions destinées à provoquer une révulsion sur la peau, mais l'hydrothérapie ne devra être employée qu'à la condition que la réaction soit assurée après la douche, et il faut bien se rappeler que ces malades ne réagissent pas facilement, et qu'en cas de réaction insuffisante, le traitement hydrothérapique serait beaucoup plus nuisible qu'utile.

La diète sèche doit être rejetée ; elle détermine des accidents dont nous avons déjà parlé.

La polyurie hystérique est essentiellement capricieuse ; tel médicament peut réussir chez un individu

et échouer complètement chez un autre ; il faut pouvoir varier sa thérapeutique, d'autant plus que les malades eux-mêmes, capricieux comme leur maladie, vous contraignent souvent, dans ces affections de longue durée, à changer une médication dont les effets utiles ne se font pas assez rapidement sentir à leur gré.

Les préparations pharmaceutiques sont ici beaucoup moins efficaces, et l'opium, la valériane, l'antipyrine, le seigle ergoté, etc., etc., qui, dans des autres polyuries, ont été administrés avec succès, n'amènent pas dans la la polyurie hystérique de résultat.

Toutefois, on recommandera une existence calme ; on évitera les préoccupations trop vives, les grandes émotions, le surmenage, tout ce qui peut, en un mot, entretenir une surexcitation trop grande du système nerveux. Les conditions hygiéniques seront scrupuleusement observées. Tout en satisfaisant sa soif, le malade devra diminuer autant que possible la quantité des boissons ; il évitera d'une façon absolue les tisanes diurétiques ; il boira de préférence des vins rouges fortement chargés de tannin.

En résumé, à côté des moyens habituels préconisés dans le traitement de l'hystérie, hydrothérapie, isolement, etc., l'*hypnotisme* est de tous les agents thérapeutiques le plus efficace dans la polyurie hystérique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Polyurie hystérique. Suggestion hypnotique, guérison.

Le malade dont il s'agit a été l'objet de plusieurs leçons faites à la Salpêtrière par M. le prof. Charcot. Son observation a été publiée, alors qu'il n'avait pas de polyurie, par M. Guinon (1); nous ne pouvons mieux faire que de la reproduire.

Il s'agit d'un nommé de B..., âgé de 29 ans, journaliste. C'est un homme qui ne fait pas partie de la clientèle hospitalière habituelle. Il a été bien élevé, a reçu une bonne instruction, et est bachelier ès-lettres. Ses parents étaient rentiers et lui ont laissé une certaine fortune qu'il a dissipée de 18 à 20 ans. Son père est mort d'une hypertrophie cardiaque d'origine rhumatismale. Très irritable, très emporté, il n'avait cependant aucune affection nerveuse. Rien de nerveux non plus du côté des grands-parents paternels. Un cousin-germain, fils d'un oncle paternel, était un original qui, plusieurs fois, se fit arrêter par la police pour des excentricités, telles que se promener dans la rue habillé en femme, etc.

Les oncles paternels étaient tous emportés comme son père, mais rien de plus. Pas de maladies nerveuses non plus chez la mère, qui est morte d'une affection hépatique, ni chez les parents paternels.

(1) Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, Du somnambulisme hystérique (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme) (*suite*); par Georges Guinon, chef de clinique de la Salpêtrière, d'après les leçons du prof. Charcot. *Progress médical*, n° 29, 18 juillet 1891, p. 42.

Il a une sœur mariée, bien portante, et un frère. Celui-ci, peu intelligent, n'a jamais voulu embrasser la carrière des lettres. Il n'a reçu qu'une instruction professionnelle, et est aujourd'hui employé dans une maison de banque. A huit ou neuf ans, ce frère, aujourd'hui âgé de 19 ans, avait eu de la danse de Saint-Guy, et déjà auparavant il était noctambule, se levait pendant son sommeil, et parfois, les yeux fermés faisait son lit, s'habillait, se promenait la canne à la main, allumait un cigare, etc. Ce noctambulisme a duré 17 ans. Les antécédents héréditaires névropathiques sont donc fort nettement accentués.

Notre malade, né à Lyon, est entré au collège chez les Jésuites, à l'âge de 10 ans, près de Villefranche. Pendant son séjour dans cette maison, il n'a eu ni aventures, ni maladies graves. Devenu orphelin à 18 ans, il s'est trouvé possesseur d'une petite fortune qu'il a dissipée en deux ans à voyager de divers côtés, en Suède, en Suisse, et à faire bonne chère. Pendant cette période de fêtes continuelles, il a cependant fait peu d'excès vénériens. A 20 ans il part au service militaire comme volontaire d'un an dans les hussards. Là, il fit une fièvre typhoïde grave pour laquelle il fut soigné à l'hôpital militaire. Pendant sa convalescence, il était un peu sourd, avait les jambes enflées, et des troubles assez accentués de la mémoire. Au bout de deux mois de convalescence il fut enfin guéri, mais deux mois plus tard éclatèrent les premiers accidents nerveux.

Le début de ces troubles ont lieu sans cause connue. Un soir chez lui, après le dîner, il sentit une boule qui lui montait à la gorge et l'étouffait, puis perdit connaissance. Pendant deux ou trois heures, il se débattit, se roulant sur le plancher, et ces convulsions étaient entrecoupées de périodes d'assoupissement. Dans la suite, il n'eut pas d'autres crises pendant huit ans. A l'âge de 24 ans, complètement ruiné, n'ayant appris aucun métier et obligé de travailler pour vivre, il se mit à faire du journalisme. Il était reporter (faits divers, compte-rendu des tribunaux, théâtres, etc.). Il courait par la ville (c'est à Lyon qu'il a commencé ce métier; il n'est à Paris que depuis quelques mois) toute la journée, et vers six heures du soir commençait à rédiger sa copie, puis allait au théâtre et revenait au journal, faisant encore de la copie ou de la correction jusqu'à trois heures du matin.

Il n'a jamais collaboré qu'à de tout petits journaux, ce qui

explique la multiplicité de ses fonctions et le surmenage auquel il était assujéti.

En mai 1890, il est envoyé à Marseille par un journal parisien pour faire du reportage à l'occasion du voyage du président de la République en Corse. Il avait déjà depuis quelque temps une sorte de tremblement de la main droite qui le gênait beaucoup pour écrire, et il se faisait accompagner, en guise de secrétaire, par un jeune garçon, à qui il dictait ses dépêches, ses articles. Pendant le voyage, la trépidation du chemin de fer le fatigua beaucoup, et il fut obligé de descendre en route; sans quoi il aurait peut-être eu une crise nerveuse. Auparavant il pouvait voyager en chemin de fer sans souffrir de ces accidents. Pendant son séjour à Marseille, il se surmena beaucoup et faillit avoir une attaque de nerfs, dont il ressentit tous les prodromes. A ce moment le tremblement de la main était à son état maximum. C'est dans cette ville qu'il s'aperçut qu'il était porteur d'une hémianesthésie droite.

Parti un jour de Marseille à Cette en bateau par un gros temps, il ressentit en arrivant quelques malaises gastriques : inappétence, vomissements et une sorte de trouble de la mémoire, qui durèrent quatre ou cinq jours.

Ces prodromes annonçaient la deuxième crise nerveuse qui se produisit alors et fut suivie de plusieurs autres pendant l'espace de quinze jours. Il fut soigné par un médecin qui l'*hypnotisa* et le montra aux officiers de la garnison comme sujet hypnotique, puis il entra à l'hôpital. Là on l'*hypnotisa* encore et on lui fit diverses suggestions pendant ce *sommeil hypnotique*.

Rentré à Paris, il eut une nouvelle crise dans laquelle il séjourna à l'Hôtel-Dieu, où on l'*hypnotisa* de nouveau. Enfin, après avoir repris son travail pendant un mois, il se présenta à la consultation du mardi à la Salpêtrière, le 21 octobre 1890, parce qu'il ressentait de nouveau les prodromes d'une crise nerveuse.

Ces prodromes sont toujours les mêmes. Ils consistent en maux de tête, inappétence, nausées suivies quelquefois de vomissements par régurgitation, frissons, sensations de chaud et de froid. A cela s'ajoute une sorte de trouble de la mémoire, il ne se rappelle plus rien, oublie ce qu'il a fait la veille et ce qu'il doit faire le lendemain. Cette espèce de malaise général a précédé presque toutes les crises ou les séries des crises qui se sont produites depuis quelque temps. Lorsqu'il se présente à

nous, c'est un homme de force moyenne, d'aspect pas très robuste, un peu pâle, l'air abattu et triste. Tous ses organes onctionnent normalement. Il n'y a rien au cœur ni dans les poumons. Habituellement les digestions et les selles sont régulières.

La moitié droite du corps est le siège d'une anesthésie absolue au contact, à la douleur et à la température. La perte du sens musculaire de ce côté n'est pas absolue; il sent qu'on remue un doigt, mais sans indiquer sûrement lequel. La sensibilité profonde musculaire et articulaire est abolie complètement.

Il existe dans la fosse iliaque droite un point douloureux. La pression sur ce point, seulement la pression profonde, donne lieu aux phénomènes de l'aura (boule, battements dans les tempes, sifflements dans les oreilles). De plus, ainsi qu'on le verra plus loin, elle arrête aussi l'attaque. Il en existe un autre au niveau du condyle interne du fémur du côté droit également. Pas de points testiculaires, ni vertébraux.

Le goût est aboli sur la moitié droite de la langue, l'odorat complètement perdu pour le côté droit. L'ouïe est diminuée du même côté. En ce qui concerne la vue, on constate du côté droit un retrécissement du champ visuel à 30°. A gauche le champ visuel est normal. De plus, achromotopsie et polyopie binoculaire.

Le malade nous dit qu'il est *hypnotisable*, et que *dans les services hospitaliers où il a passé, il a servi de sujet à diverses expériences. On l'hynoptisait à l'aide de la pression sur les globes oculaires.* On verra plus loin quel est l'état dans lequel on met en réalité la malade à l'aide de ce procédé.

La main droite est le siège d'un léger tremblement qui gêne le malade pour écrire.
.
.

Puis suit une longue analyse de tous les délires et hallucinations qu'on lui suscite tour à tour, et pendant lesquels il est susceptible d'accepter des suggestions quelconques, analogues à celles de la période somnambulique du grand hypnotisme.

Nous trouvons dans une leçon (1) faite à la Salpêtrière par

(1) Hypnotisme et hystérie. Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. Leçon faite à la Salpêtrière, le 23 juin 1891, par J. Babinski (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. Juillet 1891), p. 13.

M. Babinski sur l'hypnotisme et l'hystérie quelques-uns des phénomènes nerveux dont il était affecté :

Il s'agit d'un malade présentant au complet les stigmates de l'hystérie, et chez lequel on provoque au bout de quelques secondes, par la fixation du regard, l'apparition des phénomènes suivants : Il ferme les yeux, se renverse brusquement en arrière, raidit ses membres, exécute plusieurs grands mouvements en arc de cercle, caractéristiques de l'attaque hystérique : puis il ouvre ses yeux, ses membres deviennent souples comme à l'état normal, il est pris de délire et a des hallucinations qui se développent spontanément.

Un observateur inattentif pourrait penser qu'on a affaire à de l'hypnotisme, parce que les troubles nerveux en question apparaissent sous l'influence de manœuvres semblables à celles qu'on emploie pour provoquer le sommeil hypnotique. Il s'agit pourtant bien d'une attaque hystérique, ainsi que le prouvent les grands mouvements en arc de cercle, le délire qui n'appartient pas à l'hypnotisme, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de suggestionner à son gré le malade qui est tout entier à ses propres rêves.

Remarquez toutefois que si je persévère longtemps dans mon injonction, il finit par céder, mais il ne le fait que dans une certaine mesure, en mettant toujours en évidence sa spontanéité. Je lui montre par exemple une feuille de papier blanc et lui dis que c'est un dessin représentant un cheval modèle, d'une beauté parfaite. Il ne répond pas d'abord et semble étranger à ce que je lui dis; j'insiste, il m'écoute alors, mais conteste absolument l'exactitude de mes paroles; j'insiste encore et il finit, si j'y mets de la persévérance, par admettre l'existence d'un dessin sur la feuille de papier que je lui montre, mais il ajoute : « cela un beau cheval, allons donc! c'est une bête de l'apocalypse. » S'il accepte complètement mon affirmation, celle-ci ne sera en tous cas que le sujet d'une thèse qu'il développera.

« Cela un beau cheval, dit-il, oui, c'est un cheval noir ; nous sommes donc à la revue ? vive le général ! etc., etc. » Si je cherche à provoquer dans cet état une contracture par suggestion, je puis parfois y arriver, mais je ne la supprimerai pas ensuite à ma guise, et en définitive je ne suis pas maître des phénomènes somatiques et psychiques que ma suggestion a engendrés.

Les phénomènes qui appartiennent au somnambulisme prédo-

minent donc, et l'on peut dire tout au plus que les propriétés hypnotiques existent en germe.

Ajoutons que lorsque le malade est revenu à son état normal, il a complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé dans l'accès de somnambulisme.

Je vous ai présenté toute à l'heure un malade qui, sous l'influence de la fixation d'un objet, pouvait être plongé dans un accès de somnambulisme hystérique; je vous ai fait voir aussi que les propriétés hypnotiques existaient en même temps chez lui en germe.

Or, j'ai pu arriver à rendre ces propriétés prédominantes et à masquer les caractères qui appartiennent au somnambulisme. Voici comment j'ai procédé : j'ai montré au malade un sujet hypnotisé en lui disant que je l'endormirai de la même façon en le regardant fixement dans les yeux, qu'il pourra par un effort de volonté réprimer les grands mouvements qu'il exécute et qu'il obéira à mes injonctions.

Je l'hypnotise et vous voyez maintenant que le malade présente un tout autre aspect que précédemment. Il est docile et suggestionnable; on peut faire apparaître chez lui par suggestion des hallucinations sensorielles, des anesthésies, des contractures et les faire disparaître aussitôt après.

Il n'a pas exécuté de contorsions et n'a pas de délire. Néanmoins, si je l'abandonne quelques temps à lui-même, on remarque qu'il commence à s'agiter, à murmurer quelques paroles et un délire spontané se développe de nouveau. Dans ce cas, contrairement à ce que vous avez vu au début, l'hypnotisme occupe la première place du tableau, mais le somnambulisme hystérique, quoique masqué, est encore présent.

Dans le courant du mois d'août 1891, quelque temps après son départ de la Salpêtrière, d'où il est sorti dans un état satisfaisant, de B... atteint de *polyurie*, vint trouver M. Babinski à l'hôpital Cochin, où il était chargé du service provisoire, et a fait le sujet de la communication suivante à la Société médicale des hôpitaux (1) :

« Il était atteint depuis quelques jours d'un hémispasme glosso-labé que j'ai pu faire disparaître par suggestion pendant le

(1) Polyurie hystérique. Influence de la suggestion sur l'évolution de ce syndrome par M. le D^r Babinski. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. Séance du 13 novembre 1891, p. 568.

sommeil hypnotique. Quoique cet accident n'ait pas de relation directe avec le sujet de travail, je crois intéressant de mentionner les conditions dans lesquelles il s'était développé et les renseignements que le malade m'a fournis à cet égard. Interrogé d'abord dans l'état de veille, il me dit qu'il s'est aperçu un matin à son réveil de la déviation de la commissure et de la langue, et qu'il lui était impossible d'en déterminer l'origine, car la veille il s'était couché en parfaite santé, sans que rien ait pu lui faire soupçonner l'imminence de cet accident. Interrogé ensuite pendant le sommeil hypnotique, il se rappela, après quelques efforts de mémoire, que pendant le sommeil d'où il était sorti avec une déviation de la commissure, il avait eu en rêve la vision d'un incendie, qu'il avait poussé un cri et que sa bouche s'était alors tordue. Le malade, après avoir séjourné une semaine à l'hôpital, sort en parfaite santé.

Il revient le 24 octobre, et demande à entrer dans le service pour les raisons suivantes : depuis huit jours il se sent très affaibli, se réchauffe difficilement et ressent des frissons : *il urine souvent 6 litres par jour*, l'appétit et la soif ont notablement augmenté. Ces phénomènes se seraient développés brusquement à la suite d'un repas copieux ; après le dîner, il fut surpris, en pissant, de l'abondance de ses urines, il n'y attacha pas d'importance, en apparence au moins, et attribua le phénomène à ce qu'il était resté longtemps à table, et avait bu plus que de coutume. *La polyurie était constituée à partir de ce moment.*

21 octobre. — Jour de l'entrée à l'hôpital, poids du malade 64 k. 150 ; il affirme avoir maigri de plusieurs kilos, s'étant fait peser quelques jours avant l'apparition de la polyurie.

Du 21 au 22 oct. — Urine en 24 heures, 5 litres 900.

Du 22 au 23 octobre. — Je recommande à la surveillante, à la visite du 22, de noter avec soin la quantité des aliments liquides et solides qu'on donnerait au malade ; je recommande aussi formellement à ce dernier, tout en l'autorisant à manger à sa faim et à boire à sa soif, de ne rien ingérer en dehors de ce qui lui serait donné directement par la surveillante. Le malade a pris en 24 heures, 1 kg. de pain, 1 kg. de viande, 600 gr. de soupe, du lait et de l'eau rouge représentant un volume total de 3 litres 500.

Il a évacué 6 litres d'urine.

L'analyse des urines, pratiquée par M. le Docteur Berlioz, donne les résultats suivants : densité 1005, quantité totale d'urée 36 gr., acide phosphorique 2 gr. 88, chlorure de sodium 19 gr. 20, pas de sucre, traces sensibles, mais impondérables d'albumine.

Du 23 au 24 oct. — Le malade a pris, en 24 heures, 1 kg. 500 de pain ; 900 gr. de viande ; 600 gr. de soupe, lait et eau rougie représentant un volume de 4 litres 500.

Il a évacué 7 litres d'urine.

Il se sent, comme à son entrée, faible, mal en train et a des frissons. Il est obligé de sortir les 24 et 25 oct. La polyurie a persisté hors de l'hôpital.

Du 26 au 27 Oct. — Quantités des aliments ingérés, pas notée. Urines en 24 h. 8 litres 500.

Du 27 au 28 Oct. — Le 27 au matin, je provoque une attaque de somnambulisme hystérique : j'hypnotise ensuite le malade et cherche à lui persuader que l'affection dont il est atteint n'est pas grave, qu'elle doit disparaître rapidement ; je lui rappelle que je l'ai déjà guéri de l'hémispasme glosso-labié, et je lui affirme que dès son réveil il ressentira une amélioration, qu'il n'éprouvera plus cette sensation de lassitude et ces frissonnements qui le tourmentent, que la polyurie s'atténuera le jour même. Effectivement, à son réveil, il me dit qu'il se sent bien plus à l'aise qu'avant d'avoir été endormi. Il prend dans la journée 1 kg. de pain, 700 gr. de viande, 600 gr. de soupe et 3 litres 500 de lait et d'eau rougie. Volume des urines 3 litres 300.

Du 28 au 29 oct. — Le malade prend 1 kg. de pain, 350 gr. de viande, 600 gr. de soupe, 2 litres 500 de lait et d'eau rougie. Urine 1 litre 500.

Du 29 au 30. — Urine 1 litre 600.

Du 30 au 31. — — 1 litre 500.

Du 31 au 1^{er} novembre. — Le 31 oct. au matin, j'hypnotise le malade et lui suggère que la polyurie va se produire. Quantité d'urine en 24 heures, 8 litres 500.

Du 1^{er} au 2 novembre. — Je suggère à nouveau le 1^{er} nov. au matin que la polyurie va disparaître. Urine en 24 h. 1 litre 700.

Du 2 au 3. — Même état.

Du 3 au 4. — Même état.

Du 4 au 5. — Je suggère que la polyurie va reparaître, et je

prescris la diète suivante : 3 litres de bière, 1 l. de vin, 1 l. d'eau, 500 gr. de pommes de terre, 500 gr. de carottes et du sucre. Volume des urines 7 litres. Quantité totale d'urée 15 gr.

Du 5 au 6. — Même régime. Urine 6 litres. Urée totale 12 gr.

Du 6 au 7. — Le 7 je permets au malade de manger et de boire suivant son désir. Il prend 1 kg. de pain, 580 gr. de viande, 900 gr. de soupe, 4 litres 600 de lait, d'eau rougie et de bière.

Du 7 au 8. — Le malade est pesé dans la matinée. Poids 62 kgs. 100.

Il prend 500 gr. de pain, 1 kg. de viande, 600 gr. de soupe, 7 l. 600 de lait, d'eau rougie et de bière. Volume des urines 8 litres 500. Elles sont analysées par le pharmacien de Cochin. Quantité totale d'urée 42 gr. 10.

Du 8 au 9. — Le 8, M^r Isidor, interne de service, hypnotise le malade et lui suggère que la polyurie va disparaître. Le volume des urines retombe de nouveau à 1 litre 500.

Le 9 et le 10, la guérison se maintient, le malade se sent tout à fait à son aise.

Le 11, il demande à sortir, ce à quoi je l'autorise, après avoir cherché à lui suggérer pendant le sommeil hypnotique que la guérison se maintiendra hors de l'hôpital.

Je ne dissimule pas les défauts de l'observation que je viens de rapporter, et je relèverai moi-même quelques-uns des desiderata qu'elle présente :

(a). D'après les renseignements que m'a donnés le malade, et dont je n'ai aucune raison de suspecter la bonne foi, celui-ci, dans l'espace de huit jours, depuis le début de cette polyurie jusqu'à son entrée à l'hôpital, aurait maigri de plusieurs livres. Mais je ne suis pas en droit d'affirmer l'exactitude de son assertion, et, du reste, il s'était pesé quelque temps avant l'apparition de la polyurie, aussi peut-on supposer à la rigueur que cet amaigrissement a été occasionné par une autre cause que cette polyurie.

(b). Il eût été peut-être préférable d'abandonner plus longtemps cette polyurie à son cours naturel avant de chercher à intervenir par la suggestion, de soumettre le malade successivement et pendant des périodes de plusieurs jours à divers régimes dié-

tétiques, de pratiquer journallement des pesées ainsi que des analyses complètes des urines et des fèces pour chercher à déterminer avec plus de précision les conditions de la polyurie et de l'azoturie.

(c). Enfin il aurait été à désirer de pouvoir isoler le malade pendant tout ce laps de temps, et de s'assurer mathématiquement, par une surveillance incessante, qu'aucune infraction aux prescriptions médicales n'a pu être commise.

Les circonstances m'ont empêché de procéder à ces divers points de vue comme je l'ai souhaité. Quoi qu'il en soit, cette observation, telle qu'elle est, me semble offrir un assez grand intérêt. L'exactitude de la plupart des faits qui y sont consignés présente de sérieuses garanties. En effet, le malade en question n'avait aucun intérêt apparent à nous induire en erreur, car il avait le plus grand désir d'être guéri et de quitter l'hôpital, ce qu'il a fait avec empressement dès que je l'y ai autorisé. J'avais aussi soin de lui recommander, de lui suggérer pendant le sommeil hypnotique de se conformer scrupuleusement à mes indications; je l'interrogeais ensuite dans l'état de veille et dans l'état hypnotique, et je cherchais à savoir s'il avait rigoureusement suivi mes prescriptions. Or, la concordance parfaite de toutes ses réponses est un argument de grande valeur en faveur de sa sincérité. De plus, j'ai provoqué à plusieurs reprises chez lui des accès de somnambulisme hystérique. Or, il lui est arrivé dans son délire de faire sur la diète à laquelle il était soumis, sur les troubles dont il était atteint, des réflexions semblant démontrer une entière bonne foi. J'ajouterai enfin que l'absence de supercherie est encore confirmée par la surveillance que j'ai établie et qui a été aussi minutieuse qu'elle peut l'être dans un hôpital, à moins de se placer dans les conditions rigoureuses dont j'ai parlé plus haut. Il me semble donc, malgré les réserves que j'ai cru devoir formuler, qu'il se dégage de cette observation quelques notions dont il est difficile de suspecter la véracité et la valeur.

Il s'agit là d'une polyurie simple.

.
.

La conclusion principale ressortant de cette observation est que la polyurie peut être une manifestation de l'hystérie, et qu'elle est alors susceptible de disparaître par la suggestion hypnotique. »

Le malade, sorti le 11 novembre 1891 de l'hôpital Cochin absolument guéri de sa polyurie, reprend ses fonctions de journaliste, et la guérison se maintient pendant plusieurs mois.

Au mois de mars 1892, alors que nous avons l'honneur d'être l'interne de M. Dujardin-Beaumetz, M. Babinski, chargé à nouveau du service provisoire de Cochin, a bien voulu nous autoriser à observer de B..., revenu le 7 mars dans son service.

Nous constatons chez lui de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite, une soif intense avec sécheresse de la peau, et des muqueuses buccale et nasale. La polyurie varie entre 4 et 5 litres ; les mictions plus fréquentes le jour sont plus abondantes la nuit. Les urines, pâles, limpides, ne renferment ni sucre ni albumine, ni peptones, et leur émission ne suit pas immédiatement l'ingestion des liquides.

Nous soumettons le malade, sous la direction de M. Babinski, et avec le concours de notre collègue et ami Escat, à une observation et à un régime des plus rigoureux. Nous donnons dans le tableau page 62 le résultat de nos analyses.

Nous avons jugé qu'il serait d'un très grand intérêt de faire une expérience comparative sur un homme sain, de poids égal à de B..., de même apparence et soumis au même régime alimentaire.

Nous avons choisi, à cet effet, un ouvrier âgé de 30 ans, toujours bien portant, ni syphilitique, ni éthylique, et urinant d'une façon normale. Il a bien voulu entrer à l'hôpital et suivre pendant quelques jours le régime auquel nous l'avons soumis, et dont nous donnons les résultats dans le tableau page 63. Aucun traitement ne lui a été fait.

Il quitte l'hôpital le 30 mars, mais M. Babinski ne voulant pas le laisser partir avec une polyurie de 7 litres, lui suggéra, une dernière fois avant sa sortie, et toujours sous le sommeil hypnotique, d'uriner dorénavant d'une façon normale. Au réveil de B... promet de revenir si, dès le lendemain, les urines n'avaient pas diminué.

Le malade revient à l'Hôtel-Dieu annexe en juillet 1892, et suit M. Babinski à l'Hôtel-Dieu après l'évacuation du service provisoire. Il avait de nouveau de la polyurie, et la suggestion a suffi à la lui enlever définitivement.

Le 23 février 1893, nous avons l'occasion de revoir de B...

Il a encore de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle à droite,

Tableau indiquant par 24 heures les variations quantitatives et qualitatives des urines
sous l'influence de la suggestion hypnotique dans la polyurie hystérique.

DATES	ALIMENTATION					GARDE-ROBES	POIDS	BOISSONS	URINES DES 24 HEURES					OBSERVATIONS ET EXPÉRIMENTATION
	PAIN	SOUPE	VIANDE	ŒUFS			gr.	litres	QUANTITÉ	DENSITÉ	URÉE	CHLORURE DE SODIUM	ACIDE PHOSPHOR.	
	gr.	gr.	gr.		fr.		gr.	litres	litres		gr.	gr.	gr.	
16 Mar	500	300	400				60,5	2,50	3,700	1010	18	13,22	2,40	Urines troubles. M. Babinski lui avait suggéré de moins uriner (suggestion hypnotique).
17 »							57,9							
18 »	»	400	»	4			57	2	2,500	1011	36,17	12,60	2,40	Acide urique 0,276. On lui avait suggéré de moins uriner.
19 »	»	»	»	»	200		58,7	3	2,300	1016	35,35	11,73	2,22	On lui avait suggéré de moins uriner.
20 »	»	»	»	»	878		58,7	3	3	1010	26,48	10,90	2,06	Pas de suggestion hypnotique.
21 »	»	»	»	»			58,7	»	2,100	1013	25,90	8,69	3	On lui avait suggéré de moins uriner.
22 »	»	»	»	»			59,4	»	2,800	1010	32,28	17,16	2,89	Pas de suggestion.
23 »	»	»	»	»			59,3	»	2,300	1004	33,94	18,15	3	M. Babinski lui avait suggéré de pisser beaucoup.
24 »	»	»	»	»	300		58,65	»	6,800	1006	30,48	18,90	3,16	On lui avait suggéré d'uriner davantage.
25 »	»	»	»	»			59	»	4	1010	22,20	14,04	2,80	Pas de suggestion hypnotique.
26 »	»	»	»	»			59,9	»	6	1008	24,06	14	2,95	On lui avait suggéré de pisser davantage.
27 »	»	»	»	»			59,95	»	7	1005	26,90	14,49	3,05	A partir de ce jour jusqu'au 30 mars le malade n'est plus suggestionné.
28 »	»	»	»	pas			58,75	4	9	1006	23,05	17,54	3,46	
29 »	»	»	»	»	250		59,5	»	2,000		19,24	21,61	3,27	
30 »	»	»	»	»			59,25	»	5,250	1006	37,15	22,18	3,05	

Expérience comparative indiquant par 24 heures les variations quantitatives et qualitatives des urines chez un homme très bien portant soumis au même régime alimentaire que le polyurique du tableau précédent.

DATES	ALIMENTATION				GARDE-ROBES	POIDS kg.	BOISSONS litres	URINES DES 24 HEURES				OBSERVATIONS ET EXPÉRIMENTATION		
	PAIN gr.	SOUPE gr.	VIANDE gr.	ŒUFS				QUANTITÉ litres	DENSITÉ	URÉE gr.	CHLORURE DE SODIUM gr.		ACIDE PHOSPHOR. gr.	
18 Mars						60	3	1,400						Le malade qui buvait habituellement moi- tié moins, avant d'être soumis à cette expérience compa- rative, se force pour arriver à boire les 3 litres de bière qu'on lui sert.
19 »	500	400	400	4		61	3	3,500	1012	39	10,05	2,40		
20 »	»	»	»	»	340	59,5	»	2740	1014	27,66	11	1,69		
21 »	»	»	»	»		59,7	»	3	1012	42,27	14,85	3,10		
22 »	»	»	»	»	400	59,9	»	2000	1017	20,49	12	2,90		
23 »	»	»	»	»		59,6	»	3	1014	32	11,50	2,70		

mais très atténuée. Il mange et boit beaucoup, pisse assez souvent, mais les urines dépassent de peu la moyenne physiologique.

Il a quitté le journalisme pour être régisseur de Ba-ta-clan, et secrétaire particulier de Paulus. Il avait eu autrefois l'idée de se faire prêtre, et il n'y a pas renoncé.

RÉFLEXIONS. — Ainsi que l'a dit M. Babinski dans sa très intéressante communication à la Société médicale des hôpitaux, cette observation est la première où il est démontré que la polyurie relève incontestablement de l'hystérie, puisque sous l'influence de la suggestion pratiquée pendant le sommeil hypnotique, la polyurie disparaît et reparait tour à tour au gré de l'hypnotiseur. Devant la nouveauté et l'intérêt du sujet, nous avons tenu à étudier nous-même le malade en y attachant encore plus d'attention et de précision. C'est ainsi qu'en plus des observations dont il avait été l'objet jusqu'alors, *nous avons régulièrement pesé tous les jours le malade, analysé complètement ses urines, recueilli les fèces*, et l'avons soumis à une surveillance incessante par le personnel hospitalier et les malades de la salle. Pour éviter toute supercherie, on suggérait à de B.... de ne pas nous tromper ; du reste il ne demandait qu'à guérir et à quitter l'hôpital le plus tôt possible.

Nous allons résumer l'analyse comparative des résultats obtenus chez notre polyurique et chez un homme bien portant placé dans les mêmes conditions.

Ni l'un ni l'autre n'ont sensiblement varié de poids pendant la période d'observation.

Chez de B...., les rapports entre la quantité de boisson ingérée et les urines émises sont variables et essentiellement influencés par la suggestion ; quand le malade n'est pas suggestionné, la quantité des urines dépasse très notablement les boissons, ce qui tendrait à démontrer que la polyurie ne relève pas de la polydipsie, mais tiendrait celle-ci sous sa dépendance ; quand on lui suggère de moins uriner, le volume des urines devient inférieur à celui des boissons ; enfin quand il est influencé en sens contraire, c'est-à-dire quand on lui commande de pisser beaucoup, la courbe des urines s'élève bien au-dessus de celle des boissons. Notons chez le polyurique la rapidité de l'exécution de tous les ordres¹ transmis par la suggestion.

Chez l'homme sain, le volume des urines et des boissons est

sensiblement égal. Quant à l'analyse des urines de de B....., on constate parfois une légère augmentation de l'urée, et ainsi que M. Babinski l'avait précédemment démontré, il s'agit là d'une azoturie alimentaire variant avec la quantité de viande ingérée. Du reste, l'homme bien portant soumis au même régime présente également une élimination exagérée d'urée. De B..... élimine une quantité de chlorure de sodium relativement considérable et en raison directe du volume des urines.

L'homme sain ne dépasse guère la moyenne physiologique.

Quant à l'acide phosphorique, il est de quantité sensiblement normale chez l'un et l'autre sujet, très légèrement augmenté chez le polyurique.

OBSERVATION II (Personnelle).

Polyurie simple hystérique. — Suggestion hypnotique : guérison.

L....., Eugène, 33 ans, boulanger, entre le 14 janvier 1893 dans le service de M. Babinski, à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Antoine, n° 17.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père alcoolique, très vif, mort à 54 ans d'une pneumonie.

Mère sujette aux migraines, très émotive, a des crises fréquentes d'hystérie.

Quatre cousins germains, du côté du père, qui sont tous sourds-muets.

Deux oncles paternels alcooliques.

Les autres ancêtres et collatéraux ne présentent rien d'intéressant à noter.

A perdu un frère de convulsions à l'âge de 2 mois.

Il lui reste un frère et une sœur qui ont eu des convulsions dans l'enfance; ils sont bien portants mais très violents.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Elevé au biberon; dentition précoce; convulsions; a marché à 9 mois et a parlé à 14. De 7 à 11 ans, il a eu, à deux reprises différentes, une contracture de la jambe qui lui maintenait le membre plié à angle droit pendant trois ou quatre jours, et qui disparaissait brusquement.

A uriné au lit jusqu'à l'âge de 13 ans. Intelligence très-développée; était toujours le premier à l'école.

Très peureux jusqu'à sa majorité. où il est réformé pour varices et varicocèle.

Fièvre typhoïde à 22 ans, avec monoplégie consécutive du bras gauche, qui dure quatre mois.

L'année suivante, chancre mou traité à l'hôpital du Midi.

A 30 ans, crampe des boulangers : pendant le pétrissage du pain, il ressent une douleur brusque et très vive dans les poignets, qui a duré deux mois.

A 31 ans, entre en mai 1890 dans le service de M. Mathieu, à l'Hôtel-Dieu annexe, pour des étourdissements et pertes de connaissance qualifiés par le chef de vertiges épileptiformes chez un hystérique.

En juin 1891, entre dans le service provisoire de M. Babinski à Cochin : il se sentait faible, perdait l'appétit et avait des maux de tête continuels. C'est alors que, frappé par la faible coloration de ses urines, le chef s'est aperçu qu'elles s'élevaient à 6 litres par 24 heures; le malade ne s'en était jamais aperçu; on le traite par les douches et le bromure de potassium; il quitte le service après trois semaines pour reprendre son travail.

En octobre 1891, après s'être grisé dans la journée, va, la nuit suivante, tirer de l'eau très froide au puits, et, couvert de sueur, en boit au moins *un litre en une seule fois*; il eut les *jours suivants de plus en plus soif*, au point de boire 15 litres de café et deux ou trois litres de vin par 24 heures; il eut dès lors un appétit proportionnel : il allait au restaurant, et mangeait, par exemple, douze beefsteaks à son déjeuner, et quatorze portions de veau à son dîner. Malgré cette polyphagie, il maigrissait et perdait ses forces, au point que deux semaines après cette ingestion d'eau glacée, il avait perdu 21 livres.

Son gain ne lui suffisait pas à satisfaire son appétit, il entre le 20 octobre 1891 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bazin, n° 17.

M. le prof. Hayem a bien voulu nous communiquer, au sujet de ce malade, deux analyses d'urines du suc gastrique faites par M. Carrion, son interne en pharmacie.

Il présentait, à son entrée dans le service, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, et urinait dans les premiers jours 11 à 14 litres. On ne constate ni sucre ni albumine.

Il est soumis au régime alimentaire suivant :

500 grs de viande rôtie

800 grs de pain

2 œufs

0,50 centil. de vin.

Le 24 octobre 1891, analyse du suc gastrique.

Liquide abondant (0.60), filtrant assez facilement, spumeux.

A =

V méthyle. — Bleu

Peptones = très peu abondantes. — Syntonine.

Perchlorure = rien de caractéristique.

H = 0,044

C = 0,153

H + C = 0,197 < = 0,56

T = 0,394

F = 0,197

Cette analyse indique un estomac irrité, excité (excitation glandulaire) avec retard dans la digestion.

Le 29 octobre il urinait 11 litres qui renferment 70 grs d'urée par 24 heures, son poids est de 80 kgrs.

Le 2 novembre analyse des urines :

Volume.....	11 l. 300
Couleur.....	jaune pâle
Odeur.....	assez forte
Aspect.....	louche
Agitation.....	mousse non persistante
Dépôt.....	à peu près nul
Réaction.....	faiblement acide
Densité.....	1004

	PAR LITRE	QUANTITÉ TOTALE
Urée.....	6,389.....	70,27
Chlorures.....	2,223.....	24,46
Acide phosphorique.....	0,280.....	3,08
Acide urique.....	traces	
Mucines.....	traces	
Peptones.....	0	
Albumine.....	0	
Glucose.....	0	
Indican.....	0	
Acide libre.....	0	
Pigments.....	0	

Le 7 Novembre. — Les urines sont toujours à 11 litres, et le malade a perdu 5 kgrs.

Le 9 novembre. — Urine 11 litres. M. Hayem ordonne 3 grs d'antipyrine et augmente de 0 g. 50 pendant quatre jours.

Le 11 novembre. — Nouvelle analyse des urines.

Volume.....	9 l. 950
Couleur	jaune pâle
Odeur.....	forte
Aspect.....	louche
Agitation.....	mousse non persistante
Dépôt.....	peu abondant.
Réaction.....	acide
Densité	1004,6

	PAR LITRE	QUANTITÉ TOTALE
Urée.....	6 g ^{rs} 867.....	67 g ^{rs} 84
Azote total.....	7 g ^{rs} 321.....	72 g ^{rs} 27
Chlorures.....	3 g ^{rs} 002.....	29 g ^{rs} 03
Acide phosphorique..	0 g ^{rs} 292.....	2 g ^{rs} 84
Acide urique.....	traces	
Mucine.....	0	
Peptones.....	0	
Albumine.....	0	
Glucose.....	0	
Indican.....	0	
Acide libre.....	0	
Pigments.....	0	

A partir du 13 novembre, la dose de 5 gr. d'antipyrine a été régulièrement donnée jusqu'à la sortie du malade (30 novembre 1891) qui pissait alors 6 litres.

Depuis sa sortie de Saint-Antoine la quantité de ses urines augmenta graduellement : en juin 1892 il entre dans le service de M. Luys, à la Charité ; il pissait alors 13 litres, et avait de la diplopie. Il est soumis à l'extrait de valériane, 8 gr., et n'urine plus à sa sortie que 7 litres et mange d'une façon normale.

Le 14 Déc., après libations, la polyurie revient brusquement, accompagnée de céphalalgie et d'un affaiblissement considérable de la mémoire.

Le 14 janvier il entre dans le service de M. Babinski à l'Hôtel-Dieu annexe.

ETAT ACTUEL. — Homme vigoureux et très musclé, quoique amaigri. Taille 1 m. 74. Pas d'anomalie crânienne ni faciale.

Salive rare. Quand on le prive de liquide, il éprouve rapidement de la sécheresse des lèvres et de la bouche, une sensation de brûlure à la langue et un malaise à l'épigastre. Privé de boisson, il a toujours pu se procurer de l'eau et n'a jamais été poussé à boire ses propres urines.

Appétit encore exagéré. Pas de dilatation d'estomac; digestions faciles; en général est constipé. N'a pas d'hémorroïdes; en a eu en 1896 qui ont duré quatre ans; elles se sont rompues et ont guéri spontanément.

Il boit surtout de 5 à 7 h. du soir, et urine le plus de 7 heures à minuit. Il pisse peu souvent, mais beaucoup à la fois. Chaque miction est d'environ 0,75 centilitres, alors qu'autrefois il émettait deux litres d'urine en une seule fois. Quand il se met en colère il urine aussitôt après.

Mémoire et intelligence affaiblies. Il est triste, sombre, extrêmement violent, sujet aux maux de tête.

Il boit une absinthe presque tous les jours depuis longtemps; il fume peu, mais dépensait autrefois pour quinze sous de tabac par jour. Rêves professionnels. A autrefois eu quelques pituites. Jamais de tremblements, ni de crampes.

A gauche : Hémianesthésie atténuée sensitivo-sensorielle de toute la moitié gauche du corps : hypo-esthésie superficielle et profonde, analgésie et thermo-anesthésie. Il retire toujours le pain du four avec la main gauche et évite ainsi la sensation pénible de brûlure.

Retard dans la perception de la sensibilité.

Au dynamomètre, force très diminuée, sens musculaire conservé.

Point hystérogène au niveau du rebord des fausses côtes droites.

Anesthésie pharyngée. Réflexes rotuliens normaux et égaux des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde, érections fréquentes avec émission nocturnes de sperme.

Température axillaire, à droite : 37°2

» » à gauche : 36°9

Main droite plus humide que la gauche, et cependant depuis

qu'il est polyurique, il ne transpire plus, même quand il pétrit le pain, alors qu'autrefois il était toujours couvert de sueur.

L'hiver, le froid lui est beaucoup plus pénible dans tout le côté gauche du corps, surtout à la main, à l'oreille et au sein. Œil gauche : dyschromatopsie : il voit le bleu en vert, le jaune en rouge, rétrécissement concentrique du champ visuel.

Hémianesthésie incomplète pour les autres sens du côté gauche.

Pouls fort, tendu ; 84 pulsations. Tension artérielle au sphgmomètre de Verdin (la pression normale étant 750) exagérée.

Aux cœur, poumons, foie, reins, rate, rien de particulier à noter.

Le malade a été hypnotisé presque chaque matin par les soins de M. le Dr Babinski ou de M. Hepp, son interne, et soumis à un régime alimentaire dont les variations quantitatives ont été notées en regard de l'analyse des urines. Le tableau pages 72 et 73 résume les phénomènes observés.

Les caractères généraux de ces urines sont identiques à ceux décrits par M. Carrion, alors que le malade était à l'hôpital Saint-Antoine ; quant aux éléments anormaux, mucine albumine, sucre, pigments biliaires, peptones, inosite, nous n'en avons pas trouvé de traces.

Le 27 février, à 11 heures, il sort en permission et rentre en état d'ébriété ; il occasionne dans la salle du désordre qui nécessite son renvoi le lendemain. Le malade, dont j'ai eu des nouvelles quelque temps après, est en très bon état de santé, il pisse d'une façon presque normale.

RÉFLEXIONS. — L'origine de la polyurie chez notre malade est difficile à débrouiller, mais il est incontestable que l'ingestion d'une grande quantité d'eau glacée, alors que le corps était couvert de sucr, a donné un coup de fouet à la polyurie doublée dès lors de polydipsie et de polyphagie concomitantes. C'est évidemment un éthylique ; l'analyse du suc gastrique faite dans le service de M. Hayem indique un estomac irrité par excitation glandulaire et retard dans la digestion, mais il est avant tout *hystérique*.

L'intérêt de cette observation est d'avoir prouvé que la polyurie est bien sous la dépendance de l'hystérie, puisqu'on est arrivé par la suggestion hypnotique à diminuer progressivement la quantité des urines de 8 l. 1/2 à 2 l. 900 en l'espace

d'un mois ; alors que le malade avait été relativement très peu amélioré par l'antipyrine. On aurait même pu, en insistant davantage, diminuer ses urines plus rapidement. A chaque séance, pendant le sommeil hypnotique, on provoquait chez lui des phénomènes somatiques, tels que contractures, raideurs d'un membre, etc., qui excluaient ainsi toute idée de simulation, et au réveil il ne se rappelait pas ce qui s'était passé. Les 6 et 7 février, jours où le malade n'a pas été hypnotisé, la polyurie a augmenté. Enfin, dans les dernières séances, on a particulièrement insisté pour lui suggérer de ne pas pisser davantage, alors même qu'il ne serait plus à l'hôpital, et 8 jours après sa sortie, la quantité de ses urines dépassait de peu la moyenne physiologique. Depuis, nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

A noter pendant le mois d'observation la diminution progressive et parallèle de la polyphagie, de la polydipsie et du volume des urines. Du 25 janvier au 25 février, le malade a diminué de trois livres. Les boissons ingérées ont toujours été inférieures aux urines. Le taux normal de l'urée a été dépassé plusieurs fois, mais il s'agit là d'une azoturie alimentaire. Les chlorures ont été excrétés en quantité considérable, et pourtant le malade ajoutait très peu de sel à ses aliments. L'acide phosphorique était normal.

En résumé la polyurie a parcouru plusieurs phases : on observe d'abord une diminution graduelle par la suggestion ; puis le malade n'étant pas endormi pendant deux jours la polyurie augmente, mais diminue à nouveau sous l'influence de l'hypnotisme. A la suite d'une violente colère, il rend des urines nerveuses ; elles élèvent passagèrement la totalité des urines qui finit bientôt par se maintenir presque définitivement au taux normal en dehors même de la suggestion, le malade étant sorti de l'hôpital.

Nous avons omis de dire que pendant les dix premiers jours de son arrivée, c'est-à-dire du 14 au 25 janvier, le malade avait pris régulièrement deux douches par jour, sans aucune modification dans la quantité des urines. C'est alors qu'on substitua avec avantage la suggestion hypnotique à l'hydrothérapie.

Tableau indiquant par 24 heures le régime et le traitement subis par le malade avec l'analyse des urines.

ALIMENTATION										URINES					OBSERVATIONS	
DATES	PAIN	SOUPE	VIANDE		ŒUFS	LÉGUMES	GARDE-ROBES	POIDS	BOISSONS	TRAITEMENT	QUANTITÉ	DENSITÉ	URÉE	CHLORURE DE SODIUM.		ACIDE PHOSPHOR.
			gr.	assiettes												
25 jan.	750	2	400			100	79	7 1/2		Suggestion hypnotique	8 1/2					
26 »	750	2	600					6 1/2			7 1/4					
27 »	1 kg.	2	1 kg.			300		6 1/2			7					
28 »	1 »	2	1 »					6			6 1/2					
29 »	900	1	1 »			150		5			6,10					
30 »	900	1	1 »					5			6					
31 »	800	1	750					4			5,800					
1 ^{er} février, sort de l'hôpital et rentre le 3 février.																
4 févr.	900	3	700			100		4 1/2			5,800					
5 »	900	2	750			100		4 1/2			5,700					
6 »	900	2	1 kg.			100	78,500	5	aucun		6					
7 »	900	2	1 kg.			200		5 1/2	aucun		6 1/2					Pas de suggestion hypnotique.
8 »	800	1	1 kg.					5			5,800					Pas de suggestion hypnotique.
9 »	500	1	900			100		4 1/2	sugg. hypnot.		5					Urinaire, temp. 38°5 ; n'a presque pas mangé.
10 »																
11 »	500		300				77,500	4			4,150	1010	47,47	15,68	3,48	
12 »	100		150					4 1/2			4,200	1007	21,52	9,45	1,24	

12	»	400	2 pot.	150	6	100		76,500	3 1/2	Suggestion hypnotique	3,500	1011	20,46	19,50	2,43	S'est mis en colère et s'est battu avec un malade à 4 h. du soir, aussitôt après il a uriné en une semenc- tion près de 2 lit. puis il n'a plus pissé jusqu'au lendemain à 1 h. Depuis le moment de la querelle il n'a plus ni mangé ni bu, jusqu'au lendemain à 10 h. du matin.
13	»	400	1 pot.	150	4		600	76,500	3		3,150	1012	21,87	23,53	1,58	
14	»	400	1 anisette	150	6			76	3 1/2	Suggestion hypnotique	4	1005	16,80	7,20	1,18	
15	»	400	2	150	3			77	3		3,800	1010	48,67	28,38	3,83	
16	»	400	2	150	5		600	77,500	3		3,300	1007	29,59	18,71	2,19	
17	»	800	2	200	6			77	3		2,800	1017	32,72	16,62	2,45	
18	»	800	2	200	6	700			3		3,050	1008	27,34	14,48	2,33	
19	»	800	2	200	6	100	300		3		2,700	1012	29,43	15,30	2,60	
20	»	800	2	200	6	100		77,500	3		3,100	1013	49,53	23,99	3,34	
21	»	800	2	100	3			77,500	3		2,600	1010	29,56	16,48	2,55	
22	»	600	1	109	3		300	78	3		2,900	1016	31,10	17,03	2,38	
23	»	600	2	150	3		300	77,500	3		3,400	1007	30,96	18,30	2,60	
24	»	600	2	150	6			77,500	3		3,200	1007	31,65	19,02	2,29	
25	»	600	2	150	3		350	77,500	3 1/2		2,900	1014	49,04	18,97	3,31	

OBSERVATION III (Personnelle).

Polyurie simple et pollakyurie hystériques. — Suggestion hypnotique : Guérison.

D..... Charles-Henri, âgé de 26 ans, relieur, entre le 17 février 1893, dans le service de M. Babinski, à l'hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Antoine, n° 16.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 29 ans de pleurésie purulente.

Sa mère, très émotive, tombait sans connaissance à l'âge de 12 ans à la moindre contrariété. Grand-père paternel mort d'alcoolisme. Un oncle et une tante maternels éthyliques. Les autres renseignements familiaux sont sans intérêt.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Né à terme et nourri au biberon. Dentition retardée; a marché et parlé également très tard. N'a jamais eu de convulsion. A toujours très facilement appris et très tôt.

Il a uriné au lit jusqu'à l'âge de 13 ou 14 ans, et avait sollicité à l'école l'autorisation d'aller aux cabinets sans en demander la permission, la miction suivant presque immédiatement le besoin d'uriner.

Impétigo du cuir chevelu et de la face pendant l'enfance. Très peureux.

A l'âge de 8 ans, il tombe de bicyclette et se contusionne les bourses sans lésions de l'urèthre.

A l'âge de 20 ans, douleurs dans toutes les articulations, mais qui ne l'ont pas forcé à garder le lit.

Réformé pour affaiblissement de la vue à droite, et pourtant voyait encore un peu, à ce moment, de l'œil droit.

A été, de 22 à 24 ans, étameur sans avoir jamais éprouvé de phénomènes d'intoxication saturnine.

En 1890 entre à l'hôpital d'Amiens pour une laryngite, et urine une fois dans son lit; on fait pisser le malade, et, en le sondant immédiatement après la miction, il ne s'écoule pas d'urine: on pratique le toucher rectal et on trouve la prostate normale.

Il a eu également de l'incontinence d'urine à deux reprises l'année dernière.

En janvier, il va à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, pour un kyste de l'épididyme, il a été opéré par M. Hartmann.

A toujours beaucoup bu et uriné ; dans l'enfance déjà, il allait boire au seau et avait des envies fréquentes d'uriner. Plus tard, quand il parcourait les campagnes, et que la nuit tout était fermé, il buvait dans les baquets où tombait l'eau des gouttières.

ETAT ACTUEL. — Soif plus intense le jour. Quand il est privé de boisson, ses lèvres deviennent sèches, violacées, et se fendillent. De 7 heures du soir à 5 heures du matin il urine 8 à 9 fois. La quantité actuelle des urines est sensiblement la même qu'autrefois.

Ce qui l'a engagé à entrer à l'hôpital, c'est la pollakiurie, plutôt que la polyurie et les troubles de la vue.

La miction ne suit pas rapidement l'ingestion des boissons ; elle est d'environ 150 grammes.

Il pisse plus qu'il ne boit : 3 litres de boissons pour 5 litres 1/2 d'urine en moyenne. La vessie est normalement dilatée.

Fonctions génitales affaiblies. Pas de pertes séminales.

N'a jamais fait d'excès alcooliques, fume peu.

Bouche sèche, salive rare. Appétit normal. Depuis l'âge de 17 ans, régurgitation d'un liquide aigre une à deux heures après le repas. Clapotage de l'estomac quand le malade vient de boire. Constipation légère.

C'est un homme pâle, peu robuste, de 1^m62 de taille, pesant 118 livres au lieu de 130 il y a deux ans ; il a maigri de 16 livres d'août à décembre dernier.

Voûte palatine assez profonde et ogivale.

La mémoire a beaucoup diminué.

Depuis l'âge de 18 ans, il recherche la solitude, il est triste et querelleur.

Quand il se baisse, il lui arrive parfois d'avoir des vertiges, des éblouissements en se relevant brusquement.

De temps à autre douleur frontale sus-orbitaire. Cœur normal ; par d'artério-sclérose, tension artérielle très exagérée égale à 1050 au sphygmomètre de Verdin, alors que la tension normale est de 750 ; pouls plein, fort, régulier ; 100 pulsations à la minute. Pâleur des conjonctives et des gencives.

Tousse depuis le mois d'octobre ; pas d'expectoration ; rien d'anormal à l'examen des poumons ; 20 respirations par minute. Dès que l'envie d'uriner se fait sentir, il lui est impossible de se retenir, et s'il ne peut satisfaire immédiatement ce besoin, dès que la miction est terminée, il est essoufflé au point d'être assez longtemps à recouvrer sa respiration normale.

Rien de particulier à noter au foie, aux reins, à la rate. Sommeil bon.

HÉMIANESTHÉSIE SENSITIVO-SENSORIAELLE GAUCHE. — La sensation de contact est absolument abolie dans toute la moitié du corps. Analgésie et thermoanesthésie incomplètes, mais beaucoup moins prononcées qu'à droite.

Points hystérogènes pseudo-ovarien et diaphragmatique gauches.

Serre bien moins fortement de la main gauche.

La main et le pied gauches sont plus violacés et plus froids qu'à droite.

Peau sèche, transpiration presque nulle.

Les réflexes pupillaires, accomodatif et cornéen sont conservés et égaux des deux côtés.

L'examen des yeux a été fait par mon ami, M. Rochon-Duvignaud, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu nous communiquer la note suivante :

ŒIL DROIT. — Iritis ancienne ; synéchies capsulaires ; vision abaissée par lésions de transparence. Inutile de faire un examen exact de la fonction ; on ne saurait préciser la part qui revient aux synéchies et aux troubles fonctionnels proprement dits.

ŒIL GAUCHE. — Myopie 1.50, après correction $V = 1$. Fond d'œil normal à part fibres à myéline (anomalie congénitale).

Léger rétrécissement du champ visuel pour le blanc ; rétrécissement assez marqué pour le vert et le rouge.

Œuf très développée et égale des deux côtés.

Goût et odorat abolis à gauche.

Température normale.

Le malade a été observé par nous pendant plus d'un mois : nous rapportons dans le tableau pages 78 et 79 les variations

quantitatives et qualitatives de ses urines sous l'influence des suggestions diverses de M. le Dr Babinski ou de M. Hepp, son interne.

Le malade avait pour prescription une potion de Todd et un julep codéine.

Ni peptones, ni indican, ni inosite dans les urines.

RÉFLEXIONS. — Les premières séances d'hypnotisme ont été infructueuses : il s'endormait assez facilement, mais les contractures qu'on cherchait à provoquer étaient incomplètes. Ce n'est qu'à partir du 3 mars que le sommeil hypnotique a été parfait.

Malgré un régime sensiblement égal, le malade, pendant les 35 jours d'expérimentation, a maigri de 6 livres.

La quantité des urines qui oscillait entre 5 et 6 litres descendit progressivement sous l'influence de la suggestion, bien qu'on augmentât la quantité des boissons. C'est ainsi qu'en quelques jours, alors qu'il urinait 4,800 avec 3 litres de boisson, la polyurie, sous l'influence de la suggestion, descendit à 3,000, bien que le malade bût 5 litres de boissons.

Le 31 mars, le malade n'ayant plus été endormi depuis huit jours, les urines remontaient à 5,100. Rien d'intéressant à noter au point de vue qualitatif, sauf un grand excès de chlorure de sodium que nous avons noté chez tous nos polyuriques.

Quant à la tension artérielle, elle suivit toujours fidèlement les variations quantitatives des urines, et s'est toujours maintenue en raison directe de l'abondance de la polyurie. Depuis qu'il a été endormi, le malade se lève la nuit beaucoup moins souvent pour uriner, une ou deux fois seulement, mais chaque miction est d'un demi-litre.

Il urine en ce moment 12 fois par 24 h. au lieu de 23.

Nous n'avons pas jugé nécessaire, pour prouver l'influence de la suggestion sur la polyurie, d'observer plus longtemps le malade. Il est toujours à l'Hôtel-Dieu annexe, et M. Babinski, en renouvelant ce traitement, se promet de lui guérir sa polyurie avant sa sortie de l'hôpital.

Tableau indiquant par 24 heures les variations quantitatives et qualitatives des urines chez un polyurique hystérique sous l'influence de la suggestion.

ALIMENTATION						GARDE-ROBES		POIDS	BOISSONS	URINES DES 24 HEURES					TENSION	OBSERVATIONS ET EXPÉRIMENTATION
DATES	PAIN	SOUPE	VIANDE	ŒUFS	LÉGUMES	gr.	kg.	litres	QUANTITÉ	DENSITÉ	URÉE	CHLORURE DE SODIUM	ACIDE PHOSPHOR.	ARTÉRIELLE		
	gr.	assiettes	gr.		gr.					litres		gr.	gr.	gr.		
25 fév.	500	3	500	»	300	200	60,5	3	5,800	1003	32,78	19,90	2,10			
26 »	480	2	400	»	»	»	60	»	5,600	»	28,5	17,6	1,97			
27 »	»	»	500	»	»	150	59	»	»	»	29,4	18,7	2,40			
28 »	400	3	400	»	250	200	59,5	»	4,800	1005	25	16	1,85			
1 Mar	»	2	»	»	300	»	60	»	5,800	1003	27	16,8	1,77		1050	
2 »	»	3	250	»	»	»	»	»	4,900	1004	30	18	2,05			
3 »	»	»	400	»	250	200	59,5	»	4,800	1005	26	14	2,50			
4 »	»	»	250	»	300	»	60,5	»	3,950	1007	29	16	2,35		950 On lui avait sug- géré de moins uri- ner.	
5 »	»	»	»	»	150	200	59	»	3,500	1009	24	13,5	2,25			
6 »	300	2	»	»	»	»	58	»	3,400	»	31	15	2			
7 »	400	3	»	4	300	»	»	»	3,800	»	28	14	2,10		900	
8 »	»	»	»	5	»	200	58,5	4	3,500	»	23	17	2,45		850 Tout en lui suggé- rant tous les jours de moins uriner	
9 »	»	»	»	4	»	250	58	»	3,150	1010	29	18,5	2,30		que la veille, on lui augmentait la quantité des bois- sons.	
10 »	»	1	»	»	150	»	»	5	3,000	1010	27	15	2,15		800	
11 »	»	2	»	»	250	150	58	4	»	»	24	18	2,20			
12 »	»	3	»	5	»	200	58	5	3,500	1009	28	17	2		Pas de suggestion.	

13	»	2	»	6	200	»	59	4	4,100	1007	26	17	2,10	»
14	»	3	»	4	»	250	57,5	»	4,000	»	27	19	1,95	»
15	200	»	»	2	»	400	»	5	3,200	1010	14,5	7,2	1,60	On lui avait sug- géré de moins uri- ner.
16	300	»	»	4	200	150	57	5	3,800	1009	18,50	8,75	1,70	Pas de suggestion.
17	400	»	200	»	300	300	»	»	4,500	1006	31	13,5	1,90	»
18	»	»	300	»	»	200	59	4	4,200	»	27	16	2,10	»
19	»	»	»	»	»	150	58	5 1/2	3,900	»	25	18	2	»
20	»	»	»	6	»	»	57,5	4	4,000	1007	28	18	2,40	950
21	»	»	»	»	»	200	57	3 1/2	3,400	1009	29	15	2,15	850
22	»	»	»	6	300	200	57	4	3,150	1010	32	19	2,40	800
23	500	»	»	»	»	300	58	4	3,150	»	29	19,5	2,60	»
24	»	»	»	»	»	»	57,5	5	»	»	31	17	1,90	Pas de suggestion.
25	300	»	»	4	»	200	57	5	3,400	1009	28	18	1,85	»
26	400	»	»	6	»	»	58	5	4,100	1008	26,5	16	2,10	950
27	200	»	»	3	200	»	57	4	3,800	»	30	17,5	2	»
28	»	»	»	»	300	150	56	»	3,900	»	29	19,4	3,05	»
29	400	»	300	»	300	»	57,5	5	4,100	»	27	20	2,15	»
30	»	»	»	»	300	200	58,5	3	4,000	1008	30	18	2,10	»
31	300	»	»	»	400	»	57,5	4	5,100	1005	31	18,5	2,30	1000

OBSERVATION IV

Inédite, communiquée par notre collègue et ami CH. MIRAILLÉ.

Influence d'un épanchement pleurétique sur la polyurie hystérique. Leurs variations quantitatives.

C. . . ., Victor, âgé de 53 ans, camionneur, entre le 26 février 1892 à l'hôpital Cochin, salle Trousseau, n° 3, dans le service de M. Gouraud.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 47 ans, rhumatisant, impotent.

Mère rhumatisante, irritable.

Sœur rhumatisante et coléreuse.

Frère bien portant.

Oncle rhumatisant.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde à 10 ans.

A 25 ans, rhumatismes. Pas de syphilis.

Ethylisme : parfois 7 à 8 litres de vin par jour, et eau-de-vie le matin à jeûn.

A eu trois enfants : l'un souffre de douleurs vagues dans le bras, dans le dos; un autre est mort de fièvre typhoïde; le troisième est bien portant.

En 1886 ou 1887, le malade entre à Saint-Antoine dans le service de M. Raymond pour une hémiplegie hystérique qui aurait débuté ainsi : le malade, à la suite de libations, s'était couché sur la terre humide, en plein jour, à midi; au moment de reprendre son travail, après une heure de repos, il fut incapable de se lever, il était hémiplegique. Il en guérit, mais incomplètement. Depuis cette époque, il a conservé une certaine faiblesse du côté droit avec perte de la mémoire et diminution de l'acuité visuelle.

En 1889, il s'éveille un matin complètement hémiplegique. Il va à la Pitié d'où M. Marie l'envoie dans le service de M. le Prof. Charcot le 5 mai, et fut présenté aux élèves; M. Gilles de la Tourette porta le diagnostic d'hémiplegie hystérique confirmé par son maître. D'après le malade, M. Charcot insista sur les antécédents arthritiques et sur l'état intellectuel du malade,

il aurait même dit qu'il arriverait à la démence. Après 4 à 5 mois de traitement par les douches, bains, électricité et bromure de potassium, il sort amélioré, et reprend son travail, bien que ses forces soient diminuées. Quelque temps après, fracture du péroné soignée dans le service de M. Polaillon.

Le 23 février, après avoir ressenti des crampes dans le mollet, il tombe à terre; il put se relever et marcher, mais il lui fut impossible de continuer son travail. Le lendemain, dit-il, il avait les traits de la face déviés vers la droite.

Le malade a été pendant quinze jours employé au broiement de la céruse, et ce serait deux mois après avoir abandonné cette profession que les accidents hystériques auraient apparu. Pendant cette quinzaine, il n'a présenté aucun phénomène d'intoxication.

ETAT ACTUEL. — Le 29 février, l'hémispasme facial avait complètement disparu.

Le malade accuse une diminution considérable de la force dans tout le côté droit; il se tient pourtant debout et marche, mais se sentant peu solide sur les jambes; quand il tient un objet de la main droite, il le lâche parfois, et a recours à la main gauche.

Force musculaire: main droite, 7 kgs.

» » main gauche 20 kgs.

Sensibilité. A droite, à trois travers de doigt au-dessous du coude jusqu'aux doigts, insensibilité absolue au contact, à la douleur et à la température. A gauche, sensibilité obtuse.

Au membre inférieur droit, on trouve la même anesthésie sous ses diverses formes depuis le genou jusqu'à l'extrémité inférieure; elle se limite au niveau de la jarretière plus haut en arrière qu'en avant.

A gauche, la sensibilité est mieux conservée; elle est cependant diminuée au-dessous du genou.

Sens musculaire aboli au membre supérieur droit et très diminué à gauche; le malade ne sait si ses doigts sont allongés ou fléchis. Aux membres inférieurs, le malade perçoit les mouvements que l'on imprime à l'articulation tibio-tarsienne des deux côtés.

Pas de zone hystérogène.

Rétrécissement très-prononcé du champ visuel, et diminution

notable de l'acuité visuelle, surtout du côté droit; fatigue rapide avec larmoiement et douleurs.

Diminution de l'acuité auditive à droite.

Perte de l'odorat du côté droit.

Abolition du réflexe pharyngien.

Perte de la mémoire : le malade a de la peine à recueillir ses souvenirs, et surtout à les préciser ; difficulté de trouver le mot cherché ; prononciation défectueuse, parfois véritable breddouillement.

POLYURIE variant entre 3 et 5 litres par jour. Urines claires, peu mousseuses.

Céphalalgie peu intense, mais continuelle au niveau de la région frontale droite avec irradiations oculaires.

Entre le 2 et le 19 mars, la quantité des urines a oscillé entre 5 litres et 3 litres et demi.

15 mars. — La force revient un peu dans le bras ; le membre inférieur est dans le même état.

20 mars. — Douleur extrêmement vive au niveau du sein gauche. Rien d'anormal à l'auscultation.

Urines, 3 litres 700.

Les phénomènes paralytiques ont presque disparu ; les troubles sensitifs persistent au même degré.

21 mars. — Même quantité d'urine que la veille. Température 39°.

22 mars. — On diagnostique une pleurésie gauche. Les urines tombent à 1600 gr.

On constate un épanchement, et en même temps la quantité des urines a diminué subitement de 3 litres 700 à 1 litre 600.

Température : 37° 8 le matin.

38° 6 le soir.

Le 23 et le 24, même quantité d'urines que la veille, et la température oscille entre 37° 6 et 39° 2.

25 mars. — Abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire ; souffle. La matité remonte jusqu'à la partie moyenne du poulmon.

Urines, 1 litre.

Température : 37° 5 le matin.

38° 1 le soir.

26 et 27 mars. — *L'épanchement a augmenté en hauteur.* Le tiers supérieur du poumon commence à être envahi par la matité.

URINES, 600 gr.

Température 37° 2 à 39°

On ordonne alors des diurétiques, de l'oxymel scillitique.

28 mars. — Amélioration assez notable : la gêne respiratoire a diminué ; *la matité s'est abaissée d'environ trois travers de doigt.* Les urines remontent à 1 litre.

Température : 38° le matin.

38° 3 le soir.

29 mars. — *La matité n'occupe plus que le tiers inférieur du poumon.* Quantité d'urines : 3 litres.

Température : 37° 4 le matin.

38° 4 le soir.

30 mars. — *Les urines descendent à 1 litre 600.*

31 mars. — *La matité s'est de nouveau étendue.* Dyspnée plus intense. Le souffle s'entend dans toute l'étendue de la poitrine. Les urines tombent à 800 gr.

Jusqu'au 5 avril, les urines oscillent entre 500 gr. et un litre, et la température entre 38° et 38°6.

6 avril. — La matité diminue en hauteur.

Les urines remontent à 1 litre 600.

Température : 37°3 le matin.

37°8 le soir.

12 avril. — Etat stationnaire avec tendance à l'amélioration.

Les urines se sont maintenues entre 1 litre 200 et 2 litres. La température entre 36°8 et 37°8.

18 avril. — La matité remonte jusqu'à la fosse sous-épineuse. Dans la fosse sus-épineuse même il y a de la submatité.

Région sous-claviculaire sonorité normale ; vibration et respiration exagérées.

La quantité d'urine depuis le 12 s'est maintenue au-dessus de 1 litre. Le 13, elle a atteint 2 litres 400 pour redescendre le lendemain à 1200, et remonter ensuite progressivement jusqu'à 2400 grammes qu'elle atteint aujourd'hui. Oscillations thermométriques entre 36°6 et 37°9.

28 avril. — L'épanchement reste stationnaire. Matité dans toute la moitié inférieure de la poitrine ; absence de murmure vésiculaire ; souffle expiratoire.

Ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. On retire un liquide séreux, très clair. Faible tension. L'urine qui est à 1 litre 600 n'a pas dépassé 2 litres 300 depuis le 18.

29 avril. — Ponction aspiratrice qui évacue un litre et quart de liquide franchement séro-fibrineux.

Urines : 1 litre 600.

Température : 38°2 le matin.

37° le soir.

3 mai. — Submatité à la région moyenne du poumon, matité à la partie inférieure, les vibrations sont perçues partout, sauf dans la portion tout à fait inférieure du poumon. A l'auscultation on entend des frottements dans toute la zone moyenne; absence de murmure vésiculaire dans la partie inférieure. Depuis la ponction les urines sont progressivement descendues, et atteignent aujourd'hui 1 litre; elles se sont maintenues à ce taux jusqu'au 6, pour remonter ensuite.

14 mai. — A peine un peu de submatité à la base gauche, les vibrations thoraciques réapparaissent dans toute l'étendue du côté gauche, bien qu'un peu affaiblies; on entend encore un peu de souffle à l'expiration.

Le malade est très faible et manque complètement d'appétit.

Les urines, depuis le 6 mai jusqu'au 30, c'est-à-dire jusqu'à la sortie du malade, oscillent autour de deux litres, la température entre 37° et 38°.

19 mai. — Un nouvel épanchement se produit; par la ponction on retire un litre de liquide séro-fibrineux.

Les urines qui, la veille, atteignaient 2,500, tombent brusquement, le jour où l'épanchement se produit, à 1,500; puis, immédiatement après l'évacuation de la plèvre, elles remontent régulièrement et progressivement pour atteindre 3 litres le 23 mai.

30 mai. — Sort sur sa demande.

Etat du malade à sa sortie :

Matité occupant tout le tiers inférieur du poumon; vibrations thoraciques abolies en bas; la respiration s'entend partout, affaiblie au sommet, mais sans bruit anormal.

En avant, schéma de Grancher : sonorité +
vibrations +
respiration —

La pointe du cœur bat au niveau du mamelon.

Du 25 mars au 12 mai le malade a perdu 10 kilog.

Les urines oscillent autour de deux litres.

RÉFLEXIONS. — L'observation de M. MIRAILLÉ, que nous venons de résumer, est d'autant plus intéressante que c'est la seule dans toute la bibliographie médicale où l'on trouve réunies à la fois polyurie et pleurésie.

Il s'agit d'une polyurie hystérique.

La quantité des urines, qui oscillait entre 3 et 5 litres, est subitement modifiée par l'apparition d'une pleurésie. Il est à remarquer que pendant les quelques jours de fièvre (39°) qui précèdent la formation de l'épanchement, la polyurie ne subit aucune variation quantitative. On ne peut donc invoquer ici l'oligurie habituelle qu'on observe dans le cours des maladies fébriles, puisque ce n'est que le jour où l'épanchement s'est révélé que brusquement les urines ont baissé de 3 litres 700 à 1,600, c'est-à-dire de plus de deux litres.

Pendant toute la durée de la pleurésie on voit que la quantité des urines variait en raison indirecte de l'abondance de l'épanchement. Quand le liquide pleural s'élevait, la polyurie diminuait, et réciproquement.

Notons encore l'ascension immédiate et progressive de la courbe des urines de suite après l'évacuation de la plèvre par une ponction aspiratrice.

OBSERVATION V (personnelle).

Polyurie améliorée par la suggestion hypnotique.

M..., François, 32 ans, instituteur, entre le 5 février 1893 à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Babinski, salle Saint-Antoine, n° 20.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père fréquemment sujet aux bronchites, très emporté, migraineux.

Mère bien portante, très émotive.

Grand-père paternel alcoolique, mort de jaunisse.

Grand-mère paternelle très vive.

Grand-père maternel mort de pneumonie.

Grand'-mère maternelle morte de la poitrine très jeune.

Rien de particulier à noter chez les oncles et les tantes.

A cinq frères, dont plusieurs sont très violents, et trois sœurs très bien portantes.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A été nourri au sein par sa mère. Dentition retardée. A marché à un an et n'a uriné au lit que jusqu'à l'âge de deux ans.

A six ans, adénite suppurée au niveau de l'apophyse mastoïde droite.

A huit ans, rougeole.

A dix-neuf ans, étant instituteur dans la Corrèze, dans un pays marécageux, a eu des accidents d'impaludisme pendant deux ans, qui n'ont cessé qu'en quittant la localité.

A été ajourné devant le conseil de révision pour commencement de goître; il a consulté à cet effet plusieurs médecins qui ont attribué le goître à l'eau du pays, et pourtant le malade n'y a jamais vu de goitreux. Dans sa famille il n'y en a jamais eu, sauf chez une de ses sœurs à l'âge de 13 ans; il a disparu complètement en deux mois sous l'influence d'une pommade iodurée.

Il buvait autrefois d'une façon normale. Depuis deux ans et demi, c'est-à-dire en octobre 1890, il commence à boire plus que d'habitude; ainsi, en hiver, il lui arrivait de vider un plein verre d'eau. Le 1^{er} mai 1892, jour des élections, après avoir fait un bon repas, il sort de la salle couvert de sueur et boit un litre d'eau froide qu'on venait de tirer du puits.

Pendant la nuit, il a été obligé de se lever pour boire, ainsi que les nuits suivantes, alors qu'auparavant jamais ça ne lui était arrivé. Dès le lendemain, il a bu trois fois plus, et, à partir de ce jour, l'appétit a complètement disparu.

On lui ordonne successivement de la poudre de quinquina, du sulfate de quinine, du bromure de potassium, de l'antipyrine, sans aucun résultat.

Seules, les pilules de fer lui rendent l'appétit, mais la polydipsie et la polyurie continuaient.

C'est au retour des eaux de Miers que, ne se voyant nullement amélioré, il entre le 5 février 1893 dans le service de M. Babinski, à l'Hôtel-Dieu annexe.

ÉTAT ACTUEL. — C'est un homme vigoureux, intelligent, calme,

de 1 mètre 70 de taille, légèrement couperosé au niveau des joues et du nez.

Depuis le début de sa polyurie, c'est-à-dire depuis bientôt un an, le malade a un tremblement à très petites oscillations des jambes et des bras, qui, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu annexe, lui survenait brusquement sans cause appréciable, et surtout accentué dans les membres inférieurs. Quand, en classe, il commençait à trembler, il ne pouvait rester assis, il fallait qu'il marche.

Ici, à l'hôpital, le tremblement le prend souvent pendant le repas, et il lui semble que lorsqu'il y est sujet, il boit davantage. Jamais il n'a froid; a toujours trop chaud; très peu couvert l'hiver, et n'a jamais de pardessus. Il ne veut qu'une couverture à son lit.

Cou assez gros dans la région thyroïdienne; la sensibilité à ce niveau est émoussée au contact, à la douleur, à la température. Il ressent souvent des battements dans cette région.

Ni souffle, ni palpitations de cœur. Pouls, 82. N'a jamais eu d'œdème des jambes, ni exophtalmie.

Cyanose et couperose du nez et des pommettes. Vue bonne.

A toujours, derrière le sternum, une sensation de poids dont il cherche à se débarrasser en toussant. Quelques points névralgiques intercostaux fugaces.

La polyurie n'a pas rétrocedé depuis le début. Il a plus soif la nuit que le jour; il urine moins souvent la nuit, mais plus à la fois; il lui arrive d'émettre en une seule miction presque deux litres. Si on le prive de boissons, ses lèvres et sa bouche se dessèchent, il a des envies de vomir. Il lui arrive très rarement de pisser immédiatement après avoir bu. Il urine plus qu'il ne boit. N'a jamais eu d'incontinence d'urine. Dilatation normale de la vessie.

La salive est devenue très rare depuis la polyurie.

Dès le début de la polyurie, le malade a perdu l'appétit; en ce moment, il mange d'une façon normale. Digestions bonnes. Garde-robes régulières, quoique un peu constipé.

Au début, affaiblissement des désirs sexuels; aujourd'hui, état normal.

Le sommeil serait bon, s'il n'était interrompu souvent pour boire et uriner.

Sensibilité normale, sauf au niveau de la région thyroïdienne où elle est émoussée.

Tableau indiquant par 24 heures les variations quantitatives et qualitatives des urines dans la polyurie sous l'influence combinée de la suggestion, des douches et de l'électricité.

DATES	ALIMENTATION						POIDS	BOISSONS	URINES DES 24 HEURES					TENSION ARTÉRIELLE	OBSERVATIONS ET EXPÉRIMENTATION
	PAIN	SOUPE	VIANDÉ	ŒUFS	LÉGUMES	GARDE-ROBES			QUANTITÉ	DENSITÉ	URÉE	CHLORURE DE SODIUM	ACIDE PHOSPHOR.		
	gr.	assiettes	gr.		gr.	gr.	livres	litres	litres		gr.	gr.	gr.		
6 Fév.	480	2	240		300		141	19	21						
7 »	»	1	480		»			18	20						
8 »	»	2	»		»			»	»						
9 »	»	»	500		»	300		20	21		24,33	37,62	1,57	Tous les deux jours, Douche et Electricité faradique le long du rachis et sur les lombes.	
10 »	200	3	200		»	500		18	19	1001	18,38	37,45	1,67		
11 »	»	2	100		150		140,30	13,400	14,350		16,14	36,72	1,68		
12 »	100	2	»		»		141	14	15						
13 »	100	2	150		300		141	15	17		21,77	36,76	1,53		
14 »	100	2	»	2	»	300	139	18	19,5		28,35	33,75	1,75		
15 »	»	»	150		»	»		17	19	1002	20,22	24,40	1,52	1100	
16 »	»	»	»	2	»	»	138,4	15	15	1003	17,70	28,67	1,91		
17 »	»	»	»	»	»	200	136,8	13	16,800		14	21,78	1,23		M. Babinski a tenté une pre- mière fois de l'endormir et de lui suggé- rer de moins uriner.
18 »	»	»	100		»			11	13						
19 »	»	»	150		»	200	137,3	9	11,650	1005	17,47	24,11	2,30	950	
20 »	»	»	»		»		»	»	»		14,91	25,16	»		Idem, et Elec- tricité et dou- che.
21 »	»	»	»		»	200	138	10	12,250					Idem, et Elec- tricité et dou- che. Le malade est sorti.	
22 »	300	»	»		150	250	»	»							
23 »	»	»	200		300			»	13	1004	31,61	25,15	2,07	Suggestion (sommil im- parfait) et Electricité et Douche.	
24 »	»	»	»		»			9 1/2	12,150						

[illegible]

Réflexes rotuliens exagérés.

Il lui semble que ses membres inférieurs sont moins souples, plus raidis qu'autrefois ; il n'a cette sensation que depuis trois mois ; la marche est normale, mais il se fatigue plus facilement.

Pas de trépidation épileptoïde.

Se tient debout les yeux fermés. Réflexes pupillaires lumineux et accommodatif normaux.

Rien à noter au cœur ni aux poumons ; foie et rate normaux. Pas de rein mobile, ni d'altération des organes génitaux-urinaires.

Température normale. (Voir le tableau pages 88 et 89).

Absence complète dans les urines, de sucre, albumine, peptones, indican et inosite.

RÉFLEXIONS. — A quelle classe doit-on rattacher cette polyurie ? La polyurie s'est rencontrée dans le goître exophtalmique, mais ici deux importants symptômes nous manquent : l'exophtalmie et la tachycardie. Sans être trop affirmatif, nous pensons qu'il s'agit ici encore d'une polyurie hystérique. Le seul fait d'être arrivé à plonger ce malade dans un sommeil hypnotique rapide avec contractures provoquées, doit faire considérer M... comme un hystérique, d'après l'Ecole de la Salpêtrière, bien que ne présentant d'autres stigmates que sa polyurie (hystérie monosymptomatique). De plus, nous voyons la quantité des urines favorablement influencée par la suggestion, et si le malade n'est pas complètement guéri à sa sortie, nous avons réduit sa polyurie à 10 litres, alors qu'avant toute tentative suggestive, le malade en urinait 21.

La polyurie avait été traitée sans résultat par le bromure de potassium, l'antypirine, le fer, etc. Des médecins avaient rattaché sa polyurie à l'impaludisme, et lui avaient fait prendre du sulfate de quinine qui n'eut également aucune action.

Les premières séances de sommeil provoqué ont été infructueuses, le malade ne sachant pas ce qu'on lui voulait ; et malgré tout, les urines diminuaient, les tentatives agissant en tant que suggestion à l'état de veille.

Il est ici un fait curieux à signaler ; la quantité de chlorure de sodium est en raison directe de l'abondance des urines, tandis que l'acide phosphorique est en raison inverse.

Le malade a gagné six livres. Il a retrouvé de l'appétit, et son état général est bien meilleur qu'à son arrivée.

Le malade sort de l'hôpital le 25 mars 1893, très satisfait d'avoir vu diminuer sa polyurie de 11 litres.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Polyurie hystérique améliorée par la suggestion à l'état de veille.

G..., Louis, âgé de 54 ans, garçon paveur, entre le 11 février 1893 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Beau, n° 2.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père non alcoolique, mort phthisique à 40 ans.

Mère morte folle, enfermée dans l'asile d'aliénés de Nancy.

Aucune tare intéressante à noter chez les autres ancêtres et collatéraux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Né à terme, nourri au sein par sa mère. Première dent à dix mois. A marché à 14 mois, parlé à 20 mois. N'a jamais eu de convulsions.

A uriné au lit jusqu'à 13 ou 14 ans. Depuis cet âge, a eu tous les deux ou trois jours des migraines jusqu'en 1871, époque de ses premières crises. En 1870, coup de sabre à la région fronto-pariétale gauche, n'a pas perdu connaissance, a été rapidement guéri, et n'a plus jamais souffert de la cicatrice.

Pas de maladies vénériennes.

En 1874, à la suite d'une chute, fractures de côtes et de la jambe gauche, pas de traumatisme du crâne. En même temps, attaques épileptiformes, qui avaient lieu le jour, deux à quatre fois par 24 heures, pendant cinq ou six ans. Pas d'aura, chute brusque, sans cri initial, perte de connaissance d'un quart d'heure à 20 minutes; se débattait peu, morsure de la langue; pas d'incontinence d'urine, ni des matières. Parfois crises de larmes consécutives.

Il y a environ deux ans, revient d'une course couvert de sueurs, sensation de froid intense, frissons. Le lendemain il se sent fatigué, mais il retourne malgré son malaise à son travail; 7 ou 8 jours après la polyurie apparaît et augmente progressivement. Mictions peu abondantes, mais très fréquentes,

au point que ses camarades, le voyant s'éloigner à chaque instant, le traitaient de paresseux. Il était terrassier, et avait installé une brouette debout pour y uriner, et ne pas être obligé de quitter trop souvent son travail.

La *polyurie*, loin d'être intermittente ou de rétrograder, est arrivée à son maximum dans les premiers mois de 1892 (*douze litres*).

A eu douze enfants dont huit sont morts très jeunes, les uns de convulsions, les autres de méningite ou de péritonite tuberculeuse.

L'avant-dernière, âgée de 17 ans, à la suite d'une frayeur, a eu des attaques analogues à celles de son père, sans morsure de la langue ni incontinence.

ETAT ACTUEL. — En ce moment n'a de crises que tous les deux ou trois mois, elles présentent les mêmes caractères, mais sont moins intenses. Pendant son séjour dans le service, il eut deux attaques à la suite de contrariété et de colère (changement de lit et dispute avec un camarade). Il s'est toujours mis très facilement en colère. Ne sait ni lire ni écrire, n'a jamais appris. Intelligence peu développée. Depuis la polyurie perd la mémoire, parole embarrassée, nuages devant l'œil gauche. Pas de tremblement des mains ni de la langue.

Dents régulièrement implantées, mais cariées et usées devant par la pipe (fume un paquet de tabac de 0,50 centimes par jour)

Lobule de l'oreille adhérent. Un peu d'asymétrie faciale (quand il rit, déviation de la face vers la gauche).

Buvait autrefois tous les jours deux litres de vin et trois sous de rhum. Jamais d'absinthe. Depuis huit ou neuf ans ne boit plus du tout, et n'a plus ni vomissements, ni pituites.

Taille 1 mètre 60. Avant la polyurie pesait 160 ; aujourd'hui il pèse 116. Teint pâle.

Bien constitué, vigoureux ; le côté gauche cependant est très-affaibli.

Tatouage sur la face antérieure de l'avant-bras droit. Grandes cicatrices superficielles du cou et de la face du côté gauche (chute dans le feu pendant une attaque).

Polyurie continue. Mictions, plus fréquentes le jour, d'abondance variable, ne suivent pas rapidement l'ingestion des boissons.

D'après lui, la polydipsie a été postérieure à la polyurie.

A toujours soif, plus le jour que la nuit. Se lève plusieurs fois par nuit pour aller chercher à boire.

Quand il ne satisfait pas sa soif, sécheresse de la bouche, et sensation pénible à l'épigastre.

Il nous raconte qu'il a toujours uriné plus qu'il n'a bu.

Augmentation de l'appétit depuis la polyurie. Un peu de dilatation gastrique. N'a pas d'envie impérieuse de boire comme les grands polyuriques.

Rien d'anormal au cœur. Battements réguliers; pas d'hypertrophie.

Pouls, 84; fort, tendu.

Pas de signes de néphrite chronique.

Un peu de bronchite chronique et emphysème.

Le sommeil a toujours été bon.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, complète.

Anesthésie au contact, à la température et à la douleur. Analgésie des muscles. Perte du sens musculaire. Diminution considérable de la force à gauche.

Hémianesthésie pharyngée.

Rétrécissement du champ visuel.

Dyschromatopsie pour le lilas pâle qu'il voit brun foncé.

Voit à travers un brouillard avec l'œil gauche.

Pupilles égales. Réflexe lumineux et accommodatif normaux.

Réflexe cornéen aboli à gauche.

Hémianesthésie complète pour le goût et l'odorat; incomplète pour l'ouïe.

Zone hystérogène pseudo-ovarienne droite.

Pas de trépidation épileptoïde.

Réflexes rotuliens normaux.

Sueurs extrêmement abondantes et continues.

Peau toujours très-humide, surtout du côté droit.

Pas d'affaiblissement des désirs vénériens.

Température normale.

Nous avons successivement traité le malade par le bromure de potassium et l'antipyrine sans modifier sa polyurie.

L'extrait de valériane nous a donné de meilleurs résultats, mais tout en diminuant ses urines, la valériane a été bien moins efficace que la suggestion à l'état de veille que nous avons préconisée avec succès dans le traitement de la polyurie. Nous en consignons les résultats dans le tableau page 94.

Variations quantitatives et qualitatives des urines dans une polyurie hystérique sous l'influence de la suggestion à l'état de veille

DATES	GARDE-ROBES	POIDS kg.	URINES DES 24 HEURES					TENSION ARTÉRIELLE	OBSERVATIONS ET EXPÉRIMENTATION
			QUANTITÉ litres	DENSITÉ	URÉE gr.	CHLORURE DE SODIUM gr.	ACIDE PHOSPHOR. gr.		
13 Fév.	gr.	59,1	4,500	1011	34,85	18,63	1,60	900	Le malade prend tous les jours régulièrement 500 gr. de pain, 2 assiettes de soupe, 300 gr. de viande, 250 gr. de légumes, et 2 litres 1/2 de boisson.
14 »	150	59	4,500	1011	31,7	17,9	2,35		
15 »		59,5	4,300	1012	30,8	17,70	2,16		
16 »		59,9	4,500	1011	33,1	16,9	2,44		
17 »		59	4,400	1010	32,7	18,7	2,23	900	Je lui avais suggéré de moins uriner.
18 »		58,9	4,600		34,1	19,2	2,74		
19 »	300	59,2	4,300		31,7	18,6	2,20		
20 »		59,7	4,100		29,5	17,1	2,45		
21 »		59,5	4,200	1013	29,3	17,9	2,50		Je lui avais suggéré avec beaucoup plus d'in- sistance de moins uriner.
22 »		59	3,900	1012	26,4	15,2	2,65	850	
23 »	250	59,6	3,650		25,1	15	2,40		
		60,1	3,100		24,5	14,6	2,50		
24 »		60,3	2,700	1015	24,3	14,9	2,45	800	Excet.
25 »	100	60	2,800		26,1	15,2	2,15		
26 »		60,2	2,300	1016	23,6	13,1	2,55		
27 »		60,5	2	1017	23,2	13	2,60	750	
28 »			2,400		25,3	14,1	2,40		
1 Mars	300		2,100		24,8	13,7	2,56		
2 »			2,250						
3 »		60,5	2	1017	24,5	12,4	2,15	750	
4 »			1,900		23	12,8	2,44		
5 »		60,3	2,150		24,2	13	2,50		
6 »			2						

Nous n'avons trouvé dans les urines ni albumine, ni sucre, ni peptones, ni indican, ni inosite.

RÉFLEXIONS. — Nous avons cherché en vain à plonger le malade dans le sommeil hypnotique, il n'y mettait aucune bonne volonté, et ne comprenait rien à ce qu'on voulait lui faire. Nous en fûmes réduit, à bout de patience, à nous servir chez lui de la suggestion à l'état de veille. Nous le persuadions tous les jours qu'avec de la volonté et une grande force de caractère, il parviendrait à espacer les mictions, à se retenir, et par conséquent à être moins altéré. Nous lui montrions combien nous nous intéressions à son état, en analysant devant lui ses urines et, en l'encourageant ainsi, nous arrivions à un résultat que la valériane ne nous avait jamais donné. Il urinait, avant toute tentative de suggestion, 4 l. 1/2, et à sa sortie de l'hôpital, le 6 mars 1893, il n'urinait plus que 2 litres et buvait, depuis quelques jours, un peu plus de 1 litre 1/2 de liquide.

Le malade avait grande confiance en nous et ne nous a certainement pas trompé; du reste, nous l'avons soumis, comme tous les autres polyuriques, à une surveillance des plus actives. Il n'a pas eu de crises pendant toute la période d'observation, et à mesure que la polyurie diminuait, il augmentait en poids.

Si notre malade est un dégénéré héréditaire, il est incontestablement hystérique, et, d'après les variations des urines sous l'influence de la suggestion, nous n'hésitons pas à considérer sa polyurie comme une polyurie hystérique. Cette observation offre un point intéressant qui paraît en désaccord avec toutes nos autres. Le malade a des sueurs très abondantes et continues, et nous avons toujours au contraire rencontré jusqu'ici chez les polyuriques une suppression des sueurs: leur peau est sèche, et tous les liquides de l'organisme s'éliminent chez eux par les reins.

Nous n'avons pu savoir si les sueurs ont débuté en même temps que la polyurie; en tous cas, elles sont généralisées à toute la surface du corps, plus prononcées à droite, et n'ont pas varié avec la quantité des urines. Ce malade est à rapprocher de celui qui a fait le sujet de thèse de M. Leparquois (1),

(1) *Etude sur le Diabète azoturique compliqué de sueurs*, par Leparquois. Thèse de Doct. Paris, 1892.

mais il s'agissait ici d'un diabète azoturique compliqué de sueurs, et si notre malade a présenté parfois une quantité anormale d'urée, cet excès était dû à l'alimentation.

Nous avons omis d'analyser les sueurs, et ne savons pas si l'urée était éliminée en abondance par la peau.

La prédominance de la transpiration dans la moitié droite du corps, et l'absence des variations des sueurs en regard des oscillations quantitatives des urines, nous font croire à un phénomène vaso-moteur de nature hystérique.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Chorée hystérique. Polyurie provoquée sous l'influence de la suggestion hypnotique.

P..., Louise, âgée de 17 ans 1/2, bandagiste, entre le 11 novembre 1893 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin Beaumetz, salle Briquet, n° 2.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort, à 40 ans, d'une maladie de la moelle épinière et de bronchite chronique.

Mère morte à 37 ans, de pleurésie et de maladie de cœur. Grand-père paternel très violent.

Une tante, du côté de son père, a eu la danse de Saint-Guy.

Pas d'antécédents intéressants chez les autres ancêtres et collatéraux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Nourrie au biberon. Incontinence d'urine jusqu'à 17 ans, surtout nocturne, mais même parfois en marchant et à l'atelier. Rougeole à 5 ans.

A eu des bronchites et des maux de tête fréquents. On la soignait dès son enfance pour une maladie de cœur; elle a pris de la digitale jusqu'à l'âge de 15 ans, époque de ses premières règles; et à partir de cette année sa maladie de cœur s'est atténuée. Dès qu'elle courait, survenaient des palpitations et elle devenait toute rouge. Les règles sont toujours venues régulièrement, sans douleur, mais en grande abondance.

A toujours toussé : application de nombreux vésicatoires. N'a jamais eu de rhumatismes. Elle se rappelle avoir toujours été

remuante, très agitée, maladroite; elle renversait et cassait les objets qu'elle voulait saisir.

Il y a 16 mois a perdu sa mère, et c'est à partir de cette époque que se sont établis les mouvements choréiformes. Jusque-là elle n'avait jamais cessé de piquer des bandages.

Au mois de juin dernier, première crise d'hystérie, à la suite de contrariétés, suivie d'abondantes larmes.

Le 1^{er} juillet 1892, se trouvant de plus en plus agitée, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le prof. Germain Sée. On lui fit prendre successivement du bromure de potassium, de l'antipyrine, de la liqueur de Fowler. Le drap mouillé combiné à la suggestion hypnotique l'a seul améliorée.

ETAT ACTUEL. — Très émotive. A des crises d'hystérie presque tous les jours, précédées de constriction au creux épigastrique avec sensation de boule. La pression sur la région ovarienne gauche est douloureuse, mais arrête l'attaque. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, mais atténuée.

Vue faible, le soir à la lumière ne distingue plus les voitures. Rétrécissement notable du champ visuel. Pas de dyschromatopsie.

Anesthésie pharyngée complète.

Zones hystérogènes multiples à gauche.

Céphalalgies fréquentes.

Dents régulières, bien placées. Pas d'asymétrie faciale, ni crânienne.

Sommeil hypnotique rapide.

Accès de toux hystérique; aucune lésion pulmonaire appréciable.

Battements de cœur forts, précipités, avec douleur précordiale par instants. Cœur légèrement hypertrophié. L'arythmie, quand on l'ausculte, empêche de distinguer aucun souffle. Pouls souvent irrégulier, 92.

Elle mange très peu : après le repas, son visage se colore, elle baille et a des envies de pleurer.

Un peu de clapotage gastrique. Pas de rein mobile.

Il lui est impossible de fixer quelqu'un, ni de maintenir un instant la langue tirée.

Mouvement de rotation rapide de la tête toujours dans le même sens.

Agitation continuelle des mains et des doigts, surtout à droite.

Elle semble bourrer et piquer des bandages. Elle est en ce moment incapable de coudre. Elle porte assez bien les aliments à sa bouche, mais il lui arrive souvent de renverser son verre.

Les jambes remuent peu.

Tous ces mouvements s'exagèrent quand on fixe la jeune malade.

Réflexes rotuliens normaux.

Elle urine beaucoup moins souvent au lit et en marchant, depuis quelques années. Cette infirmité s'accroît dans les jours qui précèdent immédiatement les règles.

Nous avons pensé qu'à un sujet aussi facilement hypnotisable, il serait peut-être possible de suggérer de la polyurie.

Nous avons expérimenté en dehors de la période des règles, et, après lui avoir fait disparaître ses crises d'hystérie par suggestion, nous avons consigné dans le tableau pages 100 et 101 le résultat de nos expériences.

RÉFLEXIONS. — Nous commençons d'abord à suggérer à la malade de ne plus avoir de crises ; on connaît en effet, d'après les travaux de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, les modifications qualitatives des urines après l'attaque d'hystérie, il était donc essentiel d'éloigner les crises pendant toute la période d'observation. Nous lui suggérons également avec succès de ne plus avoir d'incontinence, et pouvons ainsi recueillir la totalité des urines.

Nous obtenons pendant les premiers jours de suggestion une très légère augmentation des urines sans augmentation de la soif. Le 15 février, dans la journée, elle est prise d'une soif intense avec sécheresse de la bouche et des téguments, et le soir, il se produit, après une crise légère, mais assez prolongée, une décharge urinaire de trois litres. La polyurie artificielle était constituée ; à partir de ce jour, elle fut obligée de se lever plusieurs fois par nuit pour boire et uriner, alors que jamais ça ne lui était arrivé. L'abondance des urines avait amené de l'incontinence, et pendant deux jours il nous fut impossible de les recueillir.

Par suggestion, nous arrivons ensuite à ramener les urines à la moyenne physiologique.

Notons un certain degré de polyphagie coïncidant avec la polyurie ; une perte de poids de plus de trois livres. L'urée et

les chlorures ont varié en raison directe de l'abondance des urines; la tension artérielle également.

Enfin, alors qu'elle était constipée depuis quinze jours, nous lui suggérons d'aller à la garde-robe, et le lendemain la malade rend une selle de 450 gr.

Dans nos séances d'hynoptisme, nous n'avons pas cherché à la guérir de ses mouvements choréiformes, ne voulant pas lui suggérer trop de choses à la fois.

L'arrivée des règles le 26 nous a empêché de recueillir et d'analyser ses urines jusqu'à sa sortie. Elle quitte l'hôpital le 5 mars 1893 sans avoir ni crises, ni incontinence. Ses urines n'ont jamais présenté ni sucre, ni albumine, ni peptones, ni indican, ni inosite.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Polyurie hystérique

L..., Louis, âgé de 35 ans, garçon de laboratoire, entre le 25 février 1892 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Beau, n° 5.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père non alcoolique, mort de congestion cérébrale.

Mère bien portante, mais très émotive.

Une sœur épileptique depuis l'âge de 10 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Nourri au sein par sa mère. N'a jamais eu de convulsions. Très précoce pour la dentition et la marche.

A cessé très tôt d'uriner au lit.

Variole à 7 ans.

Syphilis à l'âge de 22 ans.

A eu plusieurs blennorrhagies; une entre autres l'année dernière compliquée de cystite, et soignée à l'hôpital du Midi. Envies très fréquentes d'uriner et urines sanguinolentes. Instillations de nitrate d'argent.

En octobre 1891, affaiblissement de tout le côté gauche.

Le mois suivant, après avoir transvasé du chloroforme, dit-il,

Polyurie expérimentale provoquée par la suggestion hypnotique dans une chorée hystérique.
Variations quantitatives et qualitatives des urines.

DATES	ALIMENTATION				GARDE-ROBES	POIDS	BOISSONS	URINES DES 24 HEURES					TENSION ARTÉRIELLE	OBSERVATIONS et EXPÉRIMENTATION
	PAIN	SOUPE	VIANDE	LÉGUMES				QUAN- TITÉ	DENSITÉ	URÉE	CHLORURE de SODIUM	ACIDE PHOSPH.		
	gr.	assiette	gr.	gr.	gr.	Kgr.	litres	litres		gr.	gr.	gr.		
3 ^{1er}	200	1	150	200	150	50	1 1/2	1,250	1020	22,41	10,25	1,86	750	Crise d'hystérie pro- longée et violente : urines de la crise : 450 gr. Légère incon- tinence.
4 »	200	»	150	250	»	»	1 1/2	0,900	»	23	11	2,30	»	Crise légère avec 200 gr. d'urine. Incon- tinence.
5 »	»	1	200	200	»	50,2	1 1/2	1,100	»	25	10,50	2,15	»	Crise légère avec 250 gr. d'urine.
6 »	»	»	»	»	»	50,1	1 1/2	1,000	»	24,5	10,80	2,45	»	Crise violente : urine 430 gr. Incontinence.
7 »	»	1	»	»	150	50	»	1,200	»	22,8	10,15	2,20	»	Je lui suggère de ne plus avoir de crise ni d'incontinence, et je réussis.
8 »	»	»	150	»	»	49,8	»	1,300	1019	18,05	9,25	1,70	»	»
9 »	250	»	250	»	»	49,9	»	1,200	1020	26,87	9,90	2,50	»	»
10 »	»	»	200	»	»	50	»	1,280	»	21,10	10,40	1,98	»	»
11 »	»	2	250	250	»	50,3	»	1,300	»	28	12,5	2,10	»	»
12 »	»	»	»	»	200	50,1	»	1,200	»	27,5	13	2,05	»	Je lui avais suggéré d'uriner davantage ; absence de crise et d'incontinence.
13 »	»	1	»	»	»	49,7	»	1,400	1019	26,2	13,3	2,9	»	Je repète cette sug- gestion tous les jours.
14 »	»	»	»	»	»	49,9	»	1,550	1018	27,4	14	2,1	800	»

15	»	150	1	»	200	»	50	2 1/2	»	»	»	»	»	»	950	Je lui suggère d'uriner énormément, et insiste d'une façon toute particulière et la maintient 5 minutes sous le sommeil hypnotique. Le soir, à 7 h., crise d'1/4 d'heure ; elle urine dans son lit au point de mouiller six aîlés, ce qui représente environ trois litres d'urine. Passe une nuit agitée.
16	»	100	»	100	»	»	48	1 3/4	1,800	1017	16,5	13,2	2,10	850		
17	»	150	»	150	200	»	47,9	»	»	»	»	»	»	»		
18	»	»	1	»	»	»	47,7	»	»	»	»	12,7	»	»	Très fatiguée. Urine abondamment en marchant ; impossible de recueillir l'urine. » Je lui avais suggéré d'uriner beaucoup et de ne plus avoir d'incontinence. Je réussis.	
19	»	»	»	200	250	»	47,5	»	1,900	1017	24,3	»	2,40	»		
20	»	200	1	200	200	»	47,4	»	2,000	1016	23,2	11,80	2,70	»		
21	»	»	»	150	»	»	47	»	2,300	1015	21,5	12,3	2,30	900	Séance de suggestion. » Je lui avais suggéré de moins uriner.	
22	»	»	2	300	»	»	47,3	»	1,800	1017	26,7	12,7	2,15	800		
23	»	250	1	200	»	»	47,6	1 1/2	1,500	1019	23,2	11,4	1,90	750		
24	»	»	»	150	»	»	»	1 1/1	1,200	1020	21,9	11,70	2,05	»	Je lui avais suggéré définitivement d'uriner d'une façon normale, et de n'avoir plus ni crise, ni incontinence, et d'aller à la selle.	
25	»	200	»	300	»	»	48	»	1,350	»	27,8	12	1,80	»		
26	»	»	»	250	150	450	48,3	»	1,300	»	25,2	11,05	1,75	»		

il devint subitement aphone. M. Gougenheim, qu'il a consulté, a traité son affection d'aphonie nerveuse. Il resta trois mois dans cet état, et demanda à entrer dans le service.

ETAT ACTUEL. — A son arrivée, le malade avait une grande difficulté à parler, mais arrivait cependant à se faire comprendre.

Facies de névropathe : yeux brillants.

Il se met en colère et pleure très facilement. N'a jamais eu d'attaque d'hystérie.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche absolue.

Les troubles de la sensibilité sont accusés au membre inférieur.

Rétrécissement concentrique du champ visuel.

M. Panas aurait diagnostiqué une lésion syphilitique du fond de l'œil gauche.

Dyschromatopsie très intense pour le bleu et le vert clair.

L'ouïe, l'odorat et le goût sont très diminués à gauche.

Anesthésie pharyngée.

Zones hystérogènes : point mammaire et point sous diaphragmatique gauche.

Diminution considérable de la force à gauche. Le bromure de potassium et l'électricité ramènent progressivement la voix, et il se fait bien entendre.

Il allait sortir guéri le 2 avril quand nous nous apercevons qu'il urine abondamment. On lui met un bocal et il urinait 4 et 5 litres par jour.

Quoique le malade ne soit pas très précis dans ses souvenirs, le début de la polyurie semble bien coïncider avec celui de l'aphonie nerveuse.

La miction suit immédiatement l'envie d'uriner, et souvent il n'a pas le temps de déboutonner son pantalon.

Se lève quatre ou cinq fois la nuit pour uriner, et pisse peu à la fois. Il urine davantage la nuit. Le maximum des urines a été 6 litres.

N'a jamais eu d'incontinence d'urine.

N'a pas de rétrécissement.

N'a pas fait d'excès de boissons, du reste, nous ne trouvons pas chez lui de signes d'éthylisme, sauf un très léger tremblement.

Bouche sèche ; salive rare. Appétit modéré, un peu de constipation.

Sueurs très peu abondantes depuis la polyurie.

Rien d'anormal aux poumons, foie, rate, cœur. Pouls, 76; tendu. Tension artérielle exagérée. Le malade a été soumis par nous à une observation rigoureuse du 2 au 30 avril et soumis tous les jours au régime suivant : 400 gr. de pain, 150 gr. de viande, 250 gr. de légumes et 1 litre 1/2 de boissons. La moyenne des analyses quotidiennes des urines nous a donné les chiffres suivants : la quantité a oscillé entre 3 l. 1/2 et 5 litres; la densité entre 1016 et 1010; la moyenne de l'urée a été de 26 gr. 60; celle du chlorure de sodium de 19 gr. 30; celle de l'acide phosphorique 2 gr. 26. Absence d'albumine, sucre, peptones, indican et inosite. Garde-robes tous les deux jours. Le poids a oscillé autour de 130. Le malade prétend avoir maigri depuis qu'il est polyurique.

Le malade a d'abord été soumis par nous à un traitement mixte antisyphilitique énergique pendant quinze jours, bien qu'il ne présentât aucune lésion spécifique apparente, mais il nous intéressait de savoir si sa polyurie était d'origine syphilitique. La quantité des urines n'ayant pas été influencée par le traitement, nous traitons dorénavant le malade par le bromure de potassium à raison de 2 gr. par jour, et l'on continue l'électrisation du larynx.

RÉFLEXIONS. — Nous avons toujours remarqué que nos polyuriques urinaient un peu plus qu'ils ne buvaient, mais chez ce malade la différence est vraiment considérable, c'est ainsi qu'en buvant 1 litre 1/2 de boissons, il arrivait à uriner jusqu'à 5 litres. Nous l'avons fait soumettre à une surveillance encore plus active que nos autres malades, et n'avons pas découvert de supercherie.

La polyurie est-elle ici sous la dépendance d'une cystite blennorrhagique antérieure, nous n'en connaissons pas d'exemple dans la science, et trouvons plus vraisemblable de considérer cette polyurie comme un syndrome hystérique, puisqu'elle paraît avoir débuté en même temps que l'aphonie nerveuse.

La polyurie n'a pas varié sous l'influence du bromure de potassium.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Polyurie hystérique ?

M..., âgé de 50 ans, étameur de glaces, entre le 5 novembre 1893, salle Chauffard, n° 5, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 66 ans dans une maison d'aliénés.

Une sœur de son père morte folle à 32 ans.

Un frère de son père s'est suicidé.

A eu un frère mort de convulsions à l'âge de 6 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Méningite ? à l'âge de 12 ans.

A 15 ans, se levait la nuit inconsciemment et avait des hallucinations visuelles.

A uriné au lit jusqu'à l'âge de 16 ans.

A 23 ans, névralgie sciatique droite.

A 29 ans, première attaque. Toute ses attaques (une par an en moyenne) sont précédées d'une aura très rapide (sensation d'air chaud qui lui monte au visage); se mord la langue, mais sans jamais saigner; incontinence d'urine.

Ni syphilis, ni blennorrhagie.

A toujours eu des alternatives de gaieté et de grande tristesse. Jamais aucun excès de boissons.

Il y a sept ans, il eut un écoulement de l'oreille droite; depuis cette époque, il a des accès d'épilepsie impulsive, il quitte inconsciemment son travail, et marche toujours devant lui.

Il entre il y a cinq ou six ans dans le service de M. Dieulafoy, où l'on découvre chez lui une hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite absolue. On le traite par les douches froides.

Travailla, en qualité d'étameur, de 28 à 37 ans à la manufacture de glaces de Chauny. Avait fréquemment de la gingivite mercurielle et des coliques. Il tremblait seulement de la main droite. Sur les conseils d'un médecin, il a quitté cette profession. A fait un séjour de six mois à Sainte-Anne, il y a deux ans.

ETAT ACTUEL. — Homme autrefois très vigoureux, de 1 m. 72 de taille. Pesait, il y a dix ans, 156 livres, n'en pèse plus aujourd'hui que 132.

Facies hébété; pas d'anomalie crânienne, ni faciale; pas d'asymétrie.

N'a pas eu d'attaque pendant son séjour dans le service.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite très nette.

Rétrécissement du champ visuel.

Légère amblyopie droite.

Depuis l'écoulement de l'oreille droite, il y éprouve des sifflements continuels.

Force musculaire très diminuée droite.

Réflexes rotuliens normaux.

Rien d'anormal aux poumons, foie, rate, cœur. Pouls 84, tendu. Tension artérielle exagérée. Pas d'artério-sclérose appréciable. Le malade urine beaucoup depuis trois ans, mais ne peut nous renseigner sur le début exact et la cause de sa polyurie.

Il nous raconte que sa polyurie est intermittente, et que lorsqu'il urine peu, il éprouve des malaises et des sensations douloureuses dans les bras et dans les jambes.

Il n'a pas de pollakiurie: *chaque miction est d'environ 1 litre.*

Il a remarqué une certaine relation entre la quantité d'aliments qu'il absorbe et la quantité des urines émises. C'est ainsi que lorsqu'il est contrarié et qu'il ne mange pas, la quantité des urines diminue. Au contraire, quand il mange beaucoup, il urine également beaucoup. Bouche sèche. Digestions bonnes.

Transpiration diminuée depuis la polyurie.

Observé régulièrement tous les jours du 2 février au 5 mars, le malade a été soumis au régime quotidien suivant : 500 gr. de pain; 2 assiettes de soupe; 30 gr. de viande; 250 gr. de légumes et 2 litres 1/2 de boissons.

Pendant ce mois la moyenne des analyses nous a donné les chiffres suivants : les urines oscillaient entre 3 litres 1/2 et 5 litres. Densité 1012; urée 29 gr.; chlorure de sodium 17 gr. 50; acide phosphorique 2 gr. 20.

Constipation habituelle.

Le malade, pendant tout le mois de février, n'a pas sensiblement varié de poids. Il pesait 67 kilos.

La tension artérielle variait parallèlement aux urines; elle était exagérée et oscillait entre 850 et 900.

Le malade a été traité par les douches froides. Il quitte l'hôpital le 4 avril 1893; il ne présente plus d'hémianesthésie à sa sortie; quant à la polyurie, elle reste stationnaire et n'a pas été modifiée par l'hydrothérapie.

OBSERVATION X (personnelle).

Polyurie hystérique

D..., Francis, âgé de 24 ans, plombier-gazier, entre le 4 février 1893 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Beau, n° 21 bis, à l'hôpital Cochin.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 52 ans phthisique. Était plombier et avait souvent des coliques saturnines; il tombait sans connaissance dans la rue, et urinait dans ses pantalons.

Mère morte à 46 ans d'une maladie de foie; a eu deux fois une hémiplegie avec hémianesthésie guérie l'une par M. Dumont-pallier par la suggestion hypnotique, l'autre, par la métallothérapie et les aimants. Attaques de nerfs fréquentes suivies de crises de larmes.

A, du côté de la mère, deux cousines germaines alcooliques, qui ont des attaques d'hystérie avec larmes abondantes au réveil et urines nerveuses.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Mis en nourrice à la campagne. Marcha de très bonne heure. Convulsions. Incontinence nocturne d'urine jusqu'à 14 ans.

A 16 ans, fièvre typhoïde; deux ans après, scarlatine. A fait son service militaire.

Il y a un an, il descendait le soir sans lumière les escaliers de sa maison, quand une folle, cachée derrière une porte, l'enveloppa d'un drap blanc: il perdit connaissance, urina beaucoup au réveil, et resta cinq jours sans pouvoir articuler un mot; il écrivait pour se faire comprendre.

Dès le lendemain de la frayeur, il eut de l'hémiplegie atténuée droite avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté qui persiste encore complète aujourd'hui. Depuis cette épo-

que, il bégaille, et a eu une trentaine d'attaques, toutes semblables, dont voici la description.

Il éprouve d'abord une pesanteur dans la fosse iliaque droite, puis la sensation d'une boule qui remonte à l'épigastre et à la base du cou. Il perd alors connaissance, se met en arc de cercle et se débat beaucoup. Pas de cri initial ni d'incontinence d'urine ; se mord quelquefois la langue, et urine beaucoup au réveil. Les crises ont lieu le plus souvent le jour. A été en août 1892 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz ; il en est sorti pour aller à la Pitié chez M. le professeur Jaccoud et a été considéré tour à tour comme hystérique. Il a été présenté à M. le Professeur Charcot à la Salpêtrière, qui a porté le même diagnostic.

C'est en février 1892, à la suite d'une attaque d'hystérie très intense, avec urines consécutives très abondantes, que la polyurie a pris naissance. Le maximum des urines a été 6 litres.

ETAT ACTUEL. — Homme vigoureux, de 1 mètre 74 de taille, très coloré. Pesait auparavant 135, son poids aujourd'hui est de 130.

Pas de liséré gingival, bien qu'ayant eu de nombreuses attaques de coliques de plomb. Mémoire très affaiblie.

Facies de névropathe. Bégaiement accentué. Dents régulièrement placées. Pas d'asymétrie faciale, ni crânienne.

N'a jamais fait d'excès alcooliques, ni bu d'absinthe. Appétit normal ; digestions bonnes.

Cœur normal, mais palpitations fréquentes, épitaxis. Pouls dur, tendu. Tension artérielle exagérée.

Poumons normaux. Relâchement des parois abdominales, événtration. Rien d'anormal aux organes génito-urinaires.

Le malade a des maux de tête fréquents. Le soir, quand il se couche, il a des bourdonnements d'oreille et des battements dans les tempes. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite absolue.

On peut lui transfixer la peau et les muscles, le brûler au thermo-cautère, il ne sent absolument rien.

Rétrécissements notable du champ visuel ; dyschromatopsie pour le vert qu'il voit gris ou noir. Brouillards devant l'œil droit. Anesthésie de la cornée. Pupilles régulières et égales, réflexes lumineux et accommodatif normaux. Hémianesthésie sensorielle droite complète pour l'ouïe, l'odorat et le goût.

Anesthésie pharyngée.

Réflexes rotuliens normaux.

Zone hystérogène dans la fosse iliaque droite.

Le malade ne peut presque pas serrer de la main droite. Jambe droite également plus faible.

Le malade urine plus qu'il ne boit, et surtout la nuit. Il urine peu souvent, mais beaucoup à la fois.

Il a toujours soif. Les mictions ne suivent pas aussitôt l'ingestion des boissons.

Les attaques d'hystérie se répètent tous les cinq ou six jours. En ce moment, et au réveil il émet en une seule miction 700 gr. d'urine.

Le malade a été observé tous les jours par nous, du 5 février au 8 mars 1893. Nous avons analysé ses urines régulièrement tous les jours.

La polyurie oscillait entre 3 et 4 litres, bien qu'il ne prît que deux litres 1/2 de boissons. Le malade prenait 500 gr. de pain, 2 assiettes de soupe, 300 gr. de viande, 250 gr. de légumes. Les urines n'ayant varié ni en quantité, ni en qualité sous l'influence du traitement, nous ne croyons pas intéressant de dresser un tableau, et résumons les résultats des analyses par les chiffres suivants : quantité des urines, 3 à 4 litres : densité 1014, urée 35 gr., chlorures 26 gr., acide phosphorique 2 gr. 75. Nous n'avons trouvé dans les urines ni albumine, ni sucre, ni peptones, ni indican, ni inosite. Le seul traitement préconisé chez ce malade a été l'hydrothérapie froide (2 douches par jour). Pendant ce mois d'observation, le poids du malade n'a pas sensiblement varié : il oscillait autour de 63 kilogs. Légère constipation. Tension artérielle : 850 au sphygmomètre de Verdin.

Il eut six attaques d'hystérie, toutes suivies de mictions abondantes, mais qui cependant n'augmentaient pas la totalité des urines des 24 heures. Nous avons eu l'occasion de vérifier chez ce malade la formule des phosphates.

Il quitte le service le 20 mars 1893, peu amélioré quant à sa polyurie.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Polyurie hystérique

B., Auguste, âgé de 45 ans, scieur de pierres, entre le 13 décembre 1892 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Beau, n° 3.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père alcoolique.
Mère blanchisseuse, morte de pneumonie.
Grand-père paternel, sourd-muet de naissance.
A un frère alcoolique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Nourri au sein par sa mère. A marché très tôt. N'a eu ni convulsions, ni incontinence nocturne d'urine.

Très intelligent.

Rougeole à 8 ans.

A l'âge de 17 ans, recoit une cheminée sur la tête; n'a pas perdu connaissance. On le conduit à l'hôpital de Blois où l'on constate une fracture avec enfoncement du pariétal droit. Pas de paralysie. Le lendemain, coma pendant quatre jours. On le trépane, et il quitte l'hôpital cinq semaines après. La plaie a suppuré encore pendant six ans. N'éprouvant aucune souffrance, il reprend son travail de fumiste, mais avait fréquemment des vertiges et des bourdonnements d'oreille à droite.

Il y a quatre ans, est comprimé par une énorme pierre de taille : hémoptysies et garde-robes sanguinolentes, urines normales. Pendant qu'on le conduit dans une pharmacie son membre gauche s'engourdit, s'affaiblit, et on constate une insensibilité complète du bras gauche, sans paralysie.

La sensibilité est revenue en partie brusquement au bras gauche. Trois ou quatre jours après l'accident, il eut une fois pendant la nuit de l'incontinence d'urine et des matières.

Onze mois après, voyant que le côté gauche ne s'améliorait pas, il entre dans le service de M. Blum, à Tenon; on lui fait des pointes de feu dans le bas de la colonne vertébrale et de l'électricité sur le bras et la jambe gauche; il en sort sans amélioration.

Le 22 mai 1892, entre à la Salpêtrière dans le service de M. le

prof. Charcot ; M. Duthil diagnostique une hémiplegie gauche hystéro-traumatique avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle. On le traite par les douches, les bains sulfureux, l'électricité et les étincelles. On a essayé de l'endormir, mais sans résultat. Sort de la Salpêtrière pour venir directement ici dans le service.

Depuis huit mois a eu quatre attaques dont voici la description : au début, douleur vive au niveau du coccyx avec sensation d'étincelles dans le membre inférieur gauche. Conserve toute sa connaissance, et se débat peu. La crise dure une demi-heure et est suivie d'abondantes larmes.

ETAT ACTUEL. — Homme très vigoureux de 1 mètre 78 de taille, présentant sur le pariétal droit une énorme cicatrice étoilée, nacrée, irrégulière, de la largeur d'une paume de main, dépourvue de cheveux.

Pesait avant le dernier accident 190, ne pèse plus que 153.

A son arrivée dans le service, il présentait une hémianesthésie gauche absolue. Actuellement (8 mars), hémianesthésie sensitive atténuée, avec hémianesthésie sensorielle.

Pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie. Réflexes pupillaires normaux. Anesthésie pharyngée.

Zone hystéro-gène au niveau du mamelon gauche. Impossibilité de serrer avec la main gauche. Arrive avec peine à soulever son membre supérieur, remue difficilement les doigts. Il marche sans bâton, mais comme un hémiplegique.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Station debout, impossible les yeux fermés.

Main gauche plus congestionnée.

Sueurs plus abondantes à gauche qu'à droite, surtout accusées dans la région sacro-coccygienne et dans l'aisselle.

Cheveux implantés très-bas sur le front.

Buvait trois litres de vin par jour. Cauchemars la nuit, et un peu de tremblement. Digestions bonnes.

Cœur normal. Pouls, 78 ; fort, tendu.

Rien d'anormal aux poumons, foie, ni aux organes génito-urinaires.

La *polyurie* date de six mois ; il est impossible au malade de nous en donner l'origine. Le maximum des urines a été quatre litres. Il pisse plus qu'il ne boit, souvent et peu à la fois, autant le jour que la nuit.

Ne boit qu'un litre et demi de liquides en comptant la soupe, et urine en moyenne 3 litres et demi.

N'a pas d'incontinence.

Dès qu'il plonge les mains dans l'eau froide, il est obligé d'uriner immédiatement.

Le malade a été observé par nous du 2 février au 5 mars 1892. Il a suivi chaque jour le même régime alimentaire : 500 gr. de pain, 2 assiettes de soupe; 300 gr. de viande, 250 gr. de légumes. La quantité de boissons (1 litre 1/2) n'a pas non plus varié.

Les urines ont oscillé entre 2,800 et 3,800. La moyenne des analyses faites tous les jours a été la suivante : densité 1015, urée, 31 gr. 12, acide phosphorique 2 gr. 47, chlorure de sodium 17 gr. 26.

Ni albumine, ni sucre, ni peptones, ni indican, ni inosite dans les urines.

Le malade a pris tous les jours deux douches froides qui n'ont pas modifié sa polyurie. L'hydrothérapie, par contre, a exercé une bonne influence sur l'hémiplégie, et sur les crises qui ne se sont plus reproduites depuis son entrée à l'hôpital Cochin.

Depuis son séjour dans le service, le malade a augmenté de 3 kilogs. Légère constipation. Le malade n'a pas subi d'autre traitement.

OBSERVATION XII (personnelle).

Polyurie hystérique.

J..., âgé de 32 ans, bijoutier, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, le 17 décembre 1892, salle Chauffard, n° 11.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort de pneumonie.

Mère morte de maladie de cœur.

Un frère mort à 42 ans de paralysie générale, à l'asile de Moulins.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A marché à 2 ans.

Convulsions.

N'a uriné au lit que jusqu'à 5 ans.

Scarlatine à 10 ans.

Bachelier ès-sciences.

Pendant les 15 premiers jours de service militaire, a eu de l'incontinence nocturne d'urine.

A 22 ans, fièvres paludéennes; cachexie palustre au Tonkin.

A 23 ans, dyssenterie au Sénégal.

M. le médecin-major Dujardin-Beaumetz a constaté chez lui au Tonkin une anesthésie des quatre membres.

Rentre guéri en France, où il exerce le métier de bijoutier.

Entre le 15 septembre 1892 à l'hôpital Broussais où M. Reclus l'opère d'une double hernie inguinale.

Ni syphilis, ni blennorrhagie.

Pas d'éthylisme. N'a jamais bu d'absinthe.

ETAT ACTUEL. — Pâle, bien bâti, de 1 m. 56 de taille.

Dents irrégulièrement placées; en partie cariées.

Voûte palatine profonde. Lobule adhérent. Pas d'asymétrie faciale, ni crânienne. Facies de névropathe, immobile, vague.

Très émotif, coléreux.

Anémie prononcée. Cœur normal; pouls 76, tendu; tension artérielle exagérée.

Poumons sains.

Le foie déborde les fausses côtes; rate légèrement hypertrophiée. Rien d'anormal aux organes génito-urinaires.

A toujours des migraines. Insomnies fréquentes. Anesthésie absolue, au contact, à la douleur et à la température, des quatre membres, nettement limitée aux aines et aux épaules.

Anesthésie pharyngée.

Rétrécissement concentrique du champ visuel pour les deux yeux.

Pas de dyschromatopsie, ni d'hémianesthésie sensorielle.

Réflexes rotuliens normaux.

Force musculaire amoindrie depuis qu'il est anesthésique.

Pas de zones hystérogènes.

Léger tremblement des mains depuis deux mois et demi.

Pas de modifications du côté des désirs génitaux. Pas de pertes séminales.

Bouche sèche; salive rare. Mange de bon appétit. Dilatation d'estomac; est obligé de se desserrer après le repas. Pas d'amaigrissement. Ne s'était jamais aperçu qu'il urinait d'une

façon exagérée. Nous le faisons uriner régulièrement dans un bocal, et ses urines oscillent entre 2600 et 3100 ; il boit deux litres et demi de liquides. Le malade ne peut nous fournir aucun renseignement sur l'origine de cette polyurie qui ne le gênait pas, et dont il ne s'était jamais douté.

Comme les autres malades, J.... a été régulièrement observé par nous tous les jours, du 2 février au 5 mars 1893. Il prenait 500 gr. de pain, deux assiettes de soupe, 300 gr. de viande, 250 gr. de légumes, et deux litres et demi de liquides. La moyenne des urines a été de 2,900 ; celle des analyses, la suivante : densité 1016 ; urée, 30 gr. 28 ; chlorure de sodium, 18 gr. 16 ; acide phosphorique, 2 gr. 52. La tension artérielle équivalait à 800 au sphygmomètre de Verdin. Garde-robes régulières.

Le malade a augmenté de 2 kilogr. pendant le mois de février, et est arrivé à peser 70 kilogr. Il a été soumis exclusivement aux douches froides (deux par jour), et est sorti de l'hôpital le 23 mars 1893, amélioré.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Polyurie hystérique.

B.... Jean, âgé de 47 ans, représentant de commerce, entre le 20 novembre 1892 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin, salle Chauffard, n° 25.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère très émotive, de fréquentes attaques d'hystérie.

Un oncle maternel très alcoolique, mort fou dans une maison de santé.

Une sœur bien portante, mais très vive.

C'est tout ce que nous trouvons d'intéressant à noter chez les ancêtres et collatéraux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A été nourri au sein par sa mère. A été très précoce pour la dentition, la marche et la parole.

N'a jamais eu de convulsions.

Incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 9 ans.

Il était somnambule : s'est jeté par la fenêtre à 17 ans et s'est cassé la jambe.

A fait son service militaire.

Il buvait jusqu'à 6 litres de vin par jour. Jamais d'absinthe.

A 41 ans, fièvre typhoïde soignée à Tenon.

Un an après, il a été attaqué la nuit sur le boulevard de Port-Royal. Le lendemain, il était paralysé de tout le côté droit, ne pouvait ni parler, ni écrire. On l'amène à l'hôpital Cochin dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, d'où il sort guéri après un traitement par les douches.

A eu des éblouissements dans la rue, avec perte de connaissance, et parfois morsure de la langue, et incontinence.

Quand il entendait couler un robinet, il lui prenait une envie subite d'uriner, il n'avait souvent pas le temps de déboutonner son pantalon. Il en était de même dès qu'il voyait entrer quelqu'un dans une pissotière.

Cet état a duré 3 mois.

Il est entré l'année dernière à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Lancereaux, où le chef le considérait comme un alcoolique, et lui ordonnait du chloral morphiné. M. Thierloix, l'interne, lui avait trouvé un foie et une rate énormes et des stigmates très nets d'hystérie.

Il buvait alors 4 à 5 litres de liquide, et urinait davantage, mais on ne le faisait pas pisser dans un bocal.

Le soir, quand il se promenait, il lui était difficile de se diriger.

N'a jamais eu ni syphilis, ni blennorrhagie.

A eu, il y a 3 ans, un ictère qui a duré quinze jours.

ETAT ACTUEL. — Homme vigoureux, de 1 mètre 74 de taille.

Taie subictérique des conjonctives. Face couperosée.

A augmenté de 32 livres depuis qu'il est dans le service, il pèse actuellement 82 kilogs.

Il a eu une attaque la nuit pendant son séjour à Cochin, sans incontinence, ni morsure de la langue. Nous regrettons de n'avoir pas pu y assister.

Hémianesthésie sensitive droite.

Rien d'anormal du côté des sens.

Serre très faiblement de la main droite.

Réflexes rotuliens normaux.

Tremblement des mains, surtout de la droite.

Soif intense; bouche sèche.

Gros mangeur; fonctions digestives normales. Foie gros.

Poumons et cœur sains: pouls, 84, tendu, fort; tension artérielle exagérée.

Le malade ne peut nous donner aucun renseignement sur la date de début de sa polyurie. En tous cas, depuis son séjour chez M. Lancereaux, elle était déjà constituée, mais on ne s'y était pas intéressé.

Il urine davantage surtout depuis cinq semaines, plus la nuit que le jour, et se réveille en moyenne dix fois pour uriner.

Depuis la polyurie, le malade ne transpire plus jamais.

A perdu un enfant, mort à sept ans de méningite.

Le malade a été soumis au régime suivant: 500 gr. de pain, 2 assiettes de soupe, 300 gr. de viande, 250 grammes de légumes, et 3 litres de boissons. Nous l'avons soumis à une observation attentive du 2 février au 5 mars 1893. L'analyse complète des urines, faite régulièrement tous les jours, nous a donné en moyenne les chiffres suivants: quantité oscillant entre 3 litres 1/2 et 4 litres; densité 1012; urée 29 gr. 80; chlorure de sodium, 17 gr.; acide phosphorique, 2 gr. 34. Nous n'avons jamais trouvé trace de sucre, albumine, peptones, indican et d'inosite.

Garde-robes régulières.

Pendant le mois d'observation le malade a augmenté de 2 kil.

La tension artérielle a été en moyenne de 850 au sphygmomètre de Verdin; elle a toujours été en raison directe de l'abondance des urines.

Le malade a été traité par l'hydrothérapie froide.

Il est sorti de l'hôpital le 6 mars 1893, amélioré.

OBSERVATION XIV

Un cas de diabète insipide chez un hystérique (polyurie simple sans azoturie ni phosphaturie), par M. Albert MATHEU (1), médecin des hôpitaux.

J'observe en ce moment à l'Hôtel-Dieu annexé un malade atteint de diabète insipide, de polyurie simplé sans azoturie,

(1) Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 24 juillet 1891, p. 421. ●

ni phosphaturie, qui présente en même temps des stigmates qui le convainquent d'hystérie. Il est possible même que l'hydrurie et la névropathie dérivent de la même cause occasionnelle.

C'est dans la coexistence de ces deux ordres de phénomènes, diabète et hystérie, que repose tout l'intérêt de l'observation que je communique à la Société.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, chauffeur de machine à vapeur. En 1887, au mois de janvier, il rencontra, par hasard, un ami qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années; la joie de cette réunion inopinée fut si grande qu'ils s'attablèrent dans un café pour n'en sortir que le troisième jour après de copieuses libations, interrompues seulement de temps en temps, par un sommeil de quelques heures sur le coin d'une table. La polyurie apparut immédiatement chez D. . après cet excès prolongé; elle a persisté depuis.

Au début, il y a eu polyurie, polydipsie, polyphagie et même autophagie, le malade ayant maigri et notablement perdu ses forces.

Il entra à la Charité dans le service de M. Féréol; à ce moment le volume des urines émises en 24 h. atteignait 15 ou 16 litres. M. Féréol se serait assuré, en faisant pratiquer le cathétérisme de 2 h. en 2 h. qu'il n'y avait pas de simulation. La quantité d'urine extraite par la sonde aurait été exactement la même que celle qui résultait de la miction naturelle.

Après un séjour de huit mois à la Charité, le malade sortit notablement amélioré, n'urinant plus que 2 à 3 litres par jour.

Cependant son poids serait tombé de 79 à 69 kilos.

Depuis cette époque, D..., s'est assez bien porté pour reprendre son service de chauffeur et le continuer sans interruption pendant plusieurs mois.

Le 27 juin dernier, il entra à l'Hôtel-Dieu annexe. Depuis quelque temps, il aurait de nouveau été gêné par la soif, la polyurie, mais surtout par un état permanent de lassitude générale.

Au moment de l'entrée, il urine 6 à 7 litres d'une urine acide, médiocrement colorée, limpide, qui devint assez rapidement alcaline et louche. Depuis cette époque le taux de l'urine émise s'est un peu abaissé, il varie entre 4 et 6 litres. Faut-il rapporter cette diminution de la polyurie, aux médicaments admi-

nistrés ? Extrait thébaïque à la dose de 0,10 cg. Antipyrine à la dose de 3 à 4 gr. puis plus récemment extrait de belladone à la dose de 3 cg. et extrait thébaïque à la dose de 5 à 6 cg.

A plusieurs reprises, on a dosé l'urée et les phosphates. On a trouvé par litre d'urine 5 à 6 gr. d'urée, ce qui fait 25 à 30 gr. en 24 heures ; c'est normal.

Une première fois on a trouvé 39 cg. d'acide phosphorique par litre ; une autre fois, 51. Cela correspond à environ 2 gr. 1/2 d'acide phosphorique en 24 heures. Ce sont là également des chiffres physiologiques.

A plusieurs reprises on a dosé comparativement l'urée dans des échantillons recueillis directement, le malade urinant sur commande ; il n'y a pas de différence notable entre les chiffres du dosage fait dans ces conditions différentes. Il est donc légitime d'admettre que cet homme ne simule pas la polyurie.

D... est un homme bien musclé, un peu pâle, mais d'apparence robuste ; à son entrée, il était atteint de prurit et de prurigo généralisés. Il présente un certain degré de rétraction de l'aponévrose palmaire des deux côtés.

On peut, ce qui est intéressant, relever chez lui des stigmates indiscutables d'hystérie : analgésie de tout le côté gauche, rétrécissement du champ visuel gauche, anesthésie pharyngée. Jamais il n'y a eu d'attaque convulsive.

Ces phénomènes d'hystérie remontent-ils comme la polyurie à cette intoxication alcoolique intensive, à cette *bordée* de 3 jours dont le malade nous a fait le récit ? Il est impossible de le savoir. Il s'agit là de signes qu'il faut chercher, et qu'ignorent les malades jusqu'au moment où on leur en fait la démonstration.

D... avait autrefois bu beaucoup d'absinthe en Algérie, il y a douze ans environ ; depuis cette époque, il était assez sobre. Cependant, de temps à autre, il fait des excès durant plusieurs jours, comme celui qui a marqué le début de son diabète insipide. Il n'a, du reste, ni l'impulsion irrésistible, ni le malaise, ni l'angoisse préalable qui caractérise la vraie dipsomanie.

Quoi qu'il en soit, c'est un hystérique, c'est là un fait important, il est très probable que sa polyurie est en rapport avec son état névropathique, qu'elle est fonction d'hystérie et sans doute d'hystérie toxique.

La polyurie permanente est connue chez les hystériques, elle peut se montrer à la suite d'un choc physique ou moral. Peut-être y a-t-il eu dans le cas présent une sorte de choc toxique.

M. Lancereaux a rapporté plusieurs cas de polyurie chez des absinthiques. Ses malades ont eu le plus souvent des crises convulsives. Comme notre chauffeur, comme les polyuriques hystériques en général, ils n'avaient ni azoturies, ni phosphaturie. L'absinthe provoquerait donc volontiers un état névropathique dont la polyurie est une des manifestations possibles. D... a fait autrefois des excès d'absinthe, mais au moment où est survenue la polyurie, il n'en avait pas bu un verre depuis 7 ou 8 ans. C'est donc l'alcool qu'il faut accuser ici.

Peut-être faut-il faire jouer un rôle important dans la pathogénie de la polyurie et de l'hystérie à la perturbation complexe que doit causer l'ingestion à haute dose des boissons alcooliques pendant trois jours presque sans discontinuer, dans des conditions particulières d'insomnie et de surmenage. Rien, toutefois, ne permet d'affirmer que les stigmates hystériques ne préexistaient pas à la polyurie. Celle-ci n'en est pas moins, sans doute, de nature hystéro-toxique. La persistance après quatre ans et demi est un fait méritant d'être relevé.

OBSERVATION XV.

Un cas de diabète insipide guéri par la suggestion, par M. ALBERT MATHIEU. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Séance du 11 mars 1892, p. 163.

Dans la séance du 20 novembre 1891 (1), j'ai raconté d'une façon sommaire l'histoire d'un homme de trente ans atteint de ce qu'on pourrait appeler la grande polyurie névropathique : il

(1) Pendant les vacances dernières, alors que je suppléais le prof. Proust à l'Hôtel-Dieu, j'ai étudié un quatrième polyurique simple. C'est un jeune homme de 25 à 26 ans, assez gros, presque obèse, qui urinait 25 à 30 litres d'urine par jour. J'ai pu m'assurer qu'il n'y avait pas de simulation. En effet la densité de l'urine était la même prise immédiate-

rendait, en effet, de 22 à 25 litres d'urine lorsqu'il n'était soumis à aucune intervention thérapeutique.

Était-ce un hystérique ou un névropathe non hystérique, et plus particulièrement un dégénéré héréditaire.

En faveur de l'hystérie on ne pouvait citer, ce qui était insuffisant, qu'une émotivité assez particulière : le malade pleurait quand on causait avec lui d'une façon sérieuse, surtout de sa maladie. Il n'était pas maître de cette émotion qu'il déclarait lui-même peu raisonnable.

Contre l'hystérie, on pouvait invoquer l'absence de tout stigmate, le début progressif de la polydipsie et de la polyurie huit ans auparavant, sans cause connue, sans chagrin, sans émotion, sans traumatisme, sans alcoolisme.

En faveur de la dégénérescence héréditaire à laquelle M. Ballet attribue un certain nombre de cas de diabète hydrurique, on pouvait citer la mort de son père dans un asile d'aliénés. Il était probablement atteint de paralysie générale. Récemment, j'ai appris que l'une de ses deux sœurs était sourde-muette et une autre épileptique.

Sous l'influence de l'extrait de valériane donné à la dose de 6 grammes par jour, le taux des urines s'était abaissé à 14 litres : à ce moment le malade avait quitté le service.

Le 14 janvier dernier, il entra de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Nous

ment après l'émission ou dans des bocal renfermant le produit des 24 heures.

De plus, semblable en cela au malade présenté ici par M. Duponchel, il pouvait après s'être retenu quelque temps uriner en une seule fois 2 litres 1/2 à 3 litres d'urine. Cela ne se simule pas.

J'ai cherché avec le plus grand soin les stigmates hystériques sans les rencontrer.

De quelle nature est donc cette polyurie, qui est sans doute elle aussi une polyurie nerveuse ? Rien dans le mode du début, non plus que dans les antécédents personnels du malade ne fournissait d'éclaircissement au diagnostic.

Deux circonstances névropathiques sont seules à relever : 1^o le père de ce polyurique a été enfermé dans une maison d'aliénés, 2^o lui-même il présente une émotivité qui se traduit par un phénomène assez particulier : il lui vient des larmes aux yeux lorsqu'il cause d'une façon suivie avec quelqu'un, quel que soit le sujet de l'entretien.

Par ses antécédents paternels il rentrerait dans les dégénérés polyuriques dont M. Ballet fait une classe à part.

devons à la bienveillance de M. Lancereaux et à la complaisance de son interne, le Dr Thiroloix, de pouvoir vous donner la suite de son histoire qui ne manque pas d'intérêt.

A cette époque, B... urinait de nouveau 25 litres par jour ; la densité de l'urine mesurée immédiatement après la miction était sensiblement la même que la densité de l'urine mixte des vingt-quatre heures, ce qui excluait toute simulation. J'avais trouvé de mon côté, autrefois, que l'urée dosée dans l'urine directement recueillie et dans le bocal, s'élevait sensiblement au même taux. En outre, j'ai vu le malade émettre d'un seul coup 2 litres 1/2 d'urine, ce qui non plus ne se simule pas.

On constata comme je l'avais fait, l'embonpoint marqué de B..., la conservation de l'appétit, un certain degré de polyphagie, une polydipsie impérieuse, la nuit surtout, et l'absence de toute lésion organique appréciable. Il n'y avait ni albuminurie, ni glycosurie, seulement un certain degré d'azoturie en rapport sans doute avec l'hyperchlorhydrie latente que m'a permis de constater l'examen du contenu de l'estomac pendant la digestion. (H Cl libre 0,60 p. 1,000, H Cl combiné, 2,66. Acidité totale, 3, 2. — Urée, 35 à 40 grammes par jour.) Avec cela un certain degré d'apathie, une certaine tendance à la tristesse, aux idées sombres. Pas de stigmates hystériques.

Le 26 janvier, M. Lancereaux lui fit donner un gramme de phénacétine. Ce médicament fut pris pendant deux jours en solution : l'urine diminua un peu, elle descendit à 21 litres.

Au bout de ces deux jours, la potion fut remplacée par des cachets, mais à l'insu de tout le monde, même de M. Lancereaux, M. Thiroloix fit remplacer la phénacétine par du chlorure de sodium. On en donna 1 gr. 50, puis 2 gr., puis 2 gr. 50. Le résultat fut remarquable ; le 9 février, l'urine était à 9 litres, à 5 litres le 11. Après quelques oscillations aux environs de 7 litres, elle retomba à 5 litres les 20, 21 et 22 février.

La densité s'était élevée en même temps que s'abaissait la quantité : il n'y avait donc pas eu manœuvre frauduleuse dans ce sens non plus que dans le sens de la polyurie. Tout le monde était émerveillé des bons effets de la phénacétine. Le 23 février M. Thiroloix découvrait la substitution commise : l'heureux résultat

obtenu, il fallait l'attribuer au sel marin, — qui ne s'était jamais trouvé à pareille fête — et surtout à la suggestion.

Le charme rompu, les urines reprirent une marche ascendante; le 29 février, elles étaient à 9 litres. L'observation n'a pas été poussée plus loin. B..., plus vexé d'avoir été trompé que satisfait d'avoir été amélioré, réclama sa sortie. Il ne tardera pas évidemment de rentrer dans le service de quelqu'un de nos collègues: il sera sans doute beaucoup moins sensible à la phénacétine, et même au sel marin. L'influence positive de ce qu'on pourrait appeler la suggestion par illusion, par opposition à la suggestion impérative est, dans ce cas, aussi nette que possible. Chez un grand polyurique de cet ordre, c'est un fait des plus intéressants. Les hystériques polyuriques cités ici par M. Debove, par M. Babinski et par moi-même, n'urinaient que 5 à 8 litres par jour. Si le malade dont je viens de vous entretenir est également rangé parmi les hystériques, il en résulterait que cette moyenne n'a rien d'absolu, et qu'elle peut être notablement dépassée.

Chez le polyurique de M. Lancereaux, il y avait de toute évidence un élément psychique prépondérant. Cet élément psychique a sans doute un rôle important dans la soif anxieuse qui s'empare des malades, pendant la nuit surtout, et qui les pousse à boire leur urine quand ils n'ont pas d'autre liquide à leur disposition. C'est ce qu'a fait B..., à plusieurs reprises, ce qu'a fait récemment un autre malade que j'ai vu récemment à Cochin et que j'espère vous présenter bientôt.

MM. Debove et Babinski ont soutenu récemment ici cette idée que la polyurie pouvait être le seul facteur appréciable de l'hystérie: l'influence si nette de la suggestion, dans le cas que je viens de vous rapporter, est un nouvel argument clinique en faveur de leur façon de voir.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

En collaboration avec notre ami et collègue Ch. MIRAILLÉ.

Polyurie et névralgie sciatique chez un hystérique.

C..., Edouard, âgé de 53 ans, couvreur, entre le 8 décembre 1892, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Chauffard, n° 35.

Le malade a été successivement observé au mois de mars 1892 par M. Mirailhé, interne de M. Gouraud, et par nous en décembre 1892. Nous résumons l'histoire de sa maladie en une seule observation.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père ni alcoolique, ni émotif, mort hémiplegique à 68 ans.

Sa mère, très emportée, avait des céphalalgies et des crises de nerfs fréquentes.

Une sœur très émotive.

Les autres ancêtres et collatéraux ne présentent rien d'intéressant à noter.

Jamais de buveurs ni d'aliénés dans la famille.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Nourri au biberon ; très avancé pour son âge ; parlait et marchait de très bonne heure.

Gourmes, maux d'yeux.

Incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 10 ans.

A 16 ans, pleurésie ; blennorrhagie et maux de gorge ?

Fièvre typhoïde à 24 ans.

A 40 ans, chute d'un toit, et fracture de la jambe gauche.

En septembre 1890, douleurs dans tout le membre inférieur gauche ; passe deux mois à Laennec, salle Grisolle, et sort amélioré.

Au mois de mars suivant, entre à Cochin, salle Lassègue, où on le soigne pour une sciatique ; pointes de feu, bains sulfureux, siphonnage ; sort guéri le 20 avril 1891.

A cette époque, il était pris souvent d'hémi-spasme facial gauche qui disparaissait rapidement.

Le 25 février 1892, attaque d'apoplexie avec perte de connaissance ; au réveil, hémiplegie gauche. On l'amène le 2 mars dans le service de M. Gouraud, où notre collègue observe les phénomènes suivants :

Douleurs très vives dans tout le côté gauche ; il semble au malade qu'il est coupé en deux. La douleur siège également dans tout le membre inférieur, le tronc, le bras et la moitié gauche de la face. Elle est continue avec exacerbations de une à trois minutes commençant sous forme de picotements à la plante du pied et remontant de bas en haut.

Hémi-parésie gauche : au membre inférieur, difficulté et lenteur des mouvements, il se soulève tout d'une pièce en extension ;

douleur au niveau de la tête du péroné remontant par le creux poplité en arrière de la cuisse.

Au membre supérieur force au dynamomètre : 47 kgs à droite, 27 à gauche.

Anesthésie du pied gauche et de la partie externe de la jambe ; à la partie interne et supérieure, immédiatement au-dessous du genou, la sensibilité est atténuée.

Anesthésie de la cuisse, hyperesthésie du pli de l'aîne. Plaques d'hyperesthésie au tronc le long de la ligne axillaire et dans la région sous-mammaire gauche. Le bras est totalement insensible. La face présente de l'hyperesthésie à gauche. Toute la moitié droite du corps est le siège d'une hyperesthésie extrême ; la piqure détermine un soubresaut de tout le membre, et le malade accuse une vive douleur.

Thermo-anesthésie des membres supérieur et inférieur gauches.

Zones hystérogènes toutes placées à gauche : pli de l'aîne, régions sous-mammaire, axillaire, vertex, rachis.

Le malade est constamment agité par une sorte de tressaillement général.

Réflexes rotuliens normaux et égaux des deux côtés.

Anesthésie atténuée du pharynx.

Champ visuel très-rétréci des deux côtés.

La vue du côté gauche est trouble et très-diminuée.

Diminution très-nette de l'acuité auditive, du goût et de l'odorat à gauche.

Il urinait alors jusqu'à 4 litres par 24 heures.

6 mars. *Les douleurs ont diminué.* Elles persistent dans la tête et dans le membre inférieur gauche où elles suivent une ligne allant de la tête du péroné à la fesse, en parcourant sensiblement le trajet du nerf sciatique.

17 mars. Névralgie du trijumeau bilatéral. Bromure de potassium, 4 gr.

Quantité d'urines, 5 litres.

Il quitte le service de M. Gouraud le 4 juin 1892.

Il y a quatre mois, nouvelle attaque d'apoplexie avec hémiplegie gauche. Voyant qu'après quinze jours il n'y avait aucune amélioration, il entre le 8 décembre 1892 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz.

ETAT ACTUEL. — Nous retrouvons chez ce malade de l'hémi-anesthésie sensitive gauche, atténuée; les sens sont normaux.

Réflexes pupillaires lumineux et accomodatifs conservés. Nuages fréquents devant les yeux.

Réflexe rotulien gauche exagéré.

Marche à l'aide d'une canne en s'appuyant sur la jambe droite.

Céphalalgie frontale gauche.

Abaissement de la température de tout le côté gauche avec cyanose de la main et du pied.

Palpitations. Pouls 76, tendu, dur.

Accuse quelques légers excès de boissons : deux litres de vin et un rhum le matin.

Digestions bonnes. Ne tousse pas.

Douleurs névralgiques continues, mais obtuses avec redoublements paroxystiques le long du sciatique gauche avec points fessier, trochantérien, crural, poplité et péronier.

Claudication et mouvements de salutation pendant la marche.

La flexion de la cuisse gauche sur le bassin provoque une vive douleur si le nerf est fortement tendu par l'extension simultanée du genou.

Mensuration de la cuisse gauche à sa partie moyenne : 1 centimètre 1/2 de moins qu'à droite. Cyanose. Ni troubles trophiques superficiels, ni fourmillements. Les mouvements du pied sont possibles dans tous les sens. Pas de steppage.

Le malade a commencé à uriner davantage il y a deux ans. *Il fait nettement coïncider sa polyurie avec son séjour à l'hôpital Cochin en mars 1891, atteint alors d'une nouvelle crise de névralgie sciatique, bien moins intense, cependant, que la première.* La polyurie, plus ou moins abondante depuis, n'a jamais entièrement disparu.

Il lui est arrivé quelquefois depuis son enfance d'avoir de l'incontinence nocturne d'urine; la dernière fois, il y a trois à quatre mois.

Il urine plus qu'il ne boit, souvent, mais plus souvent la nuit que le jour, et peu à la fois.

Il transpirait avant sa polyurie; depuis, les sueurs sont presque abolies.

Bouche toujours sèche.

Dilatation normale de la vessie. Pas d'altérations des organes génito-urinaires.

Absence dans les urines de sucre, albumine, peptone, indican, inosite.

Ni lésions du cœur, ni artério-sclérose.

Tension artérielle exagérée.

Température normale. (Voir le tableau page 126).

RÉFLEXIONS. — Il est intéressant de montrer que la polyurie a débuté avec une crise de névralgie sciatique légère, alors que six mois avant, il en avait eu une beaucoup plus intense. Nous trouvons dans les notes de notre collègue Mirailhé que les urines avaient augmenté (5 litres), en même temps que les douleurs sciatiques avaient diminué.

Pendant le séjour du malade dans le service de notre maître, M. Dujardin-Beaumetz, nous avons eu la bonne fortune d'observer une crise, et avons constaté que la polyurie diminuait en raison directe des douleurs, et augmentait avec les douleurs sciatiques légères.

Nos observations cliniques concordaient absolument avec les polyuries expérimentales par excitation du sciatique consignées dans la thèse de Lyon de M. Hugonnard, élève de M. le prof. Lépine.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Névrite sciatique. — Polyurie hystérique.

B..., Eugène, âgé de 47 ans, carrier, entre le 5 mars 1893 dans le service de M. Babinski, à l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Antoine, n° 25.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père grand buveur, violent.

Mère morte à 49 ans, de jaunisse.

Rien d'intéressant à signaler chez les autres ancêtres et chez les collatéraux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Elevé au sein par sa mère. Convulsions. Dentition précoce. A marché et parlé de bonne heure. Epistaxis fréquentes de 7 à 10 ans. Rougeole deux ans après. Ne se rappelle pas avoir uriné au lit plus tard que les autres enfants.

Variations quantitatives et qualitatives des urines, dans une névralgie sciatique avec polyurie chez un hystérique, suivant l'intensité des douleurs.

DATES	GARDE-ROBES		URINES DES 24 HEURES					TENSION ARTERIELLE	OBSERVATIONS ET EXPÉRIMENTATION
	gr.	kg.	QUANTITÉ litres	DENSITÉ	URÉE gr.	CHLORURE DE SODIUM gr.	ACIDE PHOSPHOR. gr.		
2 Fév.		73	4,3	1013	31,38	21,28	2,47	900	Régulièrement tous les jours, le malade a pris 500 gr. de pain, 2 assiettes de soupe, 300 gr. de viande, 250 gr. de légumes, et 2 litres 1/2 de boissons.
3 »	150	72	3 3/4	1013	28,82	19,5	2,63	850	
4 »		71,8	3,1	1015	26,3	18,9	2,15	»	
5 »		71,5	3,4	1017	23,5	17,6	2,4		Douleurs sciatiques intenses.
6 »	150	71,7	2	»	21,9	17,9	2,1		»
7 »		72	2 3/4	1016	25,4	19,1	2,6		»
8 »		71,4	2 1/2	1017	23,2	18,7	2,30		Douleurs sciatiques très vives.
9 »		71,5	2,3	1016	20,8	17,4	2,35		»
10 »	300	71,3	2,4	»	22,6	17,7	2,15		»
11 »		71,7	2,1	1016	20,7	17,5	2,70	800	»
12 »		71,9	3		23,1	17,9	2,05	»	»
13 »	175	72,3	3 3/4		27,8	21,1	2,40		Douleurs sciatiques moyennes.
14 »		72	3,2		29,1	22,3	2,06		»
15 »		72,7	3,5		30,2	22,4	2,15		»
16 »	300	72,5	3,9		32,4	21,2	2,60		»
17 »		72,9	4	1012	36,1	23,3	2,05	850	Douleurs sciatiques légères.
18 »		73	4	»	35,3	22,9	2,36	»	»
19 »		73,4	4,2	1013	37,1	21,8	2,70	»	»
20 »	150	73,1	4,1	»	34,2	20,7	2,19		»
21 »		73,3	4,7	1012	33	22,1	2,67		»
22 »		73	4,2	1013	35,1	23,4	2,15		»
23 »		73,1	4,5	1012	26,5	15,1	2,40		Accalmie.
24 »	175	73,5	4,7	»	27,1	16,6	2,36	900	»
25 »		73	4,7	1012	24,6	17,3	2,23	»	»

A l'âge de 17 ans, a été enseveli sous une masse de terre; est resté 19 mois couché sans pouvoir remuer aucun membre; le retour des mouvements s'est fait brusquement.

Après avoir été atteint du choléra en 1884 à l'hôpital Necker, il contracte une fièvre typhoïde suivie de deux rechutes à Laënnec et à la Charité.

Après sa guérison, il reçoit M. Damaschino qui le photographie pour une déviation de la colonne vertébrale dont le malade ne se doutait pas.

En 1886 se fait soigner à l'Hôtel-Dieu annexe pour des hémoptysies.

La même année, il entre dans le service de M. Gouraud, à Cochin, pour une sciatique droite qui le tient six mois à l'hôpital; il travaillait alors à l'humidité, à l'inspection des carrières de la Seine.

L'année suivante, il retourne à deux reprises différentes dans le service de M. Dujardin-Beaumetz pour de nouvelles douleurs sciatiques dans le membre inférieur droit.

En 1889, souffrant dans la région lombaire et dans la fesse droite, il entre à l'Hôtel-Dieu annexe, chez M. Chantemesse, qui attribue sa scoliose à la fièvre typhoïde. Pour la première fois, il constate de l'hémianesthésie sensitive à droite.

Après quelques jours de malaise, il se réveille un matin avec une hémiparésie de tout le côté droit qui a duré cinq jours.

Excès de boissons: jusqu'à 7 litres de vin et un litre d'eau-de-vie de betterave, et cela pendant un an en 1877. Ne mangeait plus.

Fumait 400 gr. de tabac par semaine.

Depuis deux mois, le membre inférieur droit est beaucoup plus faible que le gauche; l'ouïe et la vue du côté droit sont presque abolis; a eu souvent une contracture en flexion ou extension des membres droits qui durait deux ou trois minutes.

Sa mémoire est affaiblie depuis trois ans; il apprenait très facilement à l'école.

Il y a trois mois, alors qu'il travaillait à l'humidité dans le souterrain qui prolonge le chemin de fer de Sceaux, il se mit à uriner davantage et plus souvent qu'auparavant, et *cette polyurie coïncida avec l'apparition d'une nouvelle crise névralgique dans le membre inférieur droit*, mais les douleurs ont été relativement *peu vives*, comparables à des *picotements*, à des

fourmillements, et n'ont pas nécessité comme autrefois son entrée à l'hôpital. Il continua à travailler. Il n'a pas remarqué si l'intensité des crises névralgiques modifiaient en quantité ou en fréquence les urines ou les mictions. Tout ce qu'il peut dire c'est que la polyurie ne discontinua pas, et qu'un mois après son début, il se mit à manger trois fois plus qu'auparavant.

ETAT ACTUEL. — Le malade est entré dans le service pour des douleurs du membre inférieur droit.

Il urine 12 à 13 fois en 24 heures, et peu de temps après avoir bu ; il pisse moins souvent, mais plus à la fois la nuit que le jour.

Hémianesthésie droite complète au contact, atténuée pour la douleur et la température. Anesthésie pharyngée absolue.

Réflexe rotulien droit plutôt exagéré. Pas de trépidation épileptoïde.

A droite, hyperesthésie pseudo-ovarienne et mammaire. Points vertébraux très exaltés.

Serre moins fortement de la main droite.

Les deux bras sont de circonférence égale : 25 cent. à leur partie moyenne.

Circonférence de la cuisse à 15 cent. au-dessous de la rotule : à droite : 41 cent. 1/2, à gauche 47 cent.

Circonférence de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule : à droite 32, à gauche 34 1/2.

Les muscles sur lesquels portent l'atrophie sont ceux des loges postérieures de la cuisse et de la jambe. Pas de steppage. Les différents mouvements sont possibles. La recherche de la réaction de dégénérescence n'a pas été tentée.

Les douleurs sourdes éprouvées par le malade suivent sensiblement le trajet du nerf sciatique, et l'exploration décèle les points névralgiques suivants : point fessier, point trochantérien, point proplité, point péronier. La flexion sur le bassin du membre inférieur en extension est très douloureuse et limitée (signe de Lassègue).

Sensation de fourmis et douleurs sourdes dans le membre inférieur droit, surtout dans l'avant-pied. Anesthésie marquée. Pas de troubles vaso-moteurs, ni de troubles trophiques du côté de la peau.

Crâne et dentition normale.

Variations quantitatives et qualitatives des urines, dans une névrite sciatique avec polyurie
chez un hystérique, suivant l'intensité des douleurs.

DATES	ALIMENTATION				GARDE-ROBES	POIDS	BOISSONS	URINES DES 24 HEURES				TENSION ARTÉRIELLE	OBSERVATIONS et EXPÉRIMENTATION
	PAIN	SOUPE	VIANDE	LÉGUMES				QUAN- TITÉ	DENSITÉ	URÉE	CHLORURE de SODIUM	ACIDE PHOSPH.	
	gr.	assiette	gr.	gr.	gr.	kg.	litres	litres		gr.	gr.	gr.	
8 Mars	500	2	300	300	»	60,7	2 1/2	2,800	1015	24,3	13,5	2,40	850 Douleurs sciatiques assez intenses.
9 »	»	1	250	200	»	»	»	2,600	»	31,1	12,4	2,55	» »
10 »	300	2	»	»	150	60,1	»	2,900	»	26,3	13,1	2,15	» »
11 »	500	»	300	250	»	60,5	»	2,300	1017	28,4	11,5	2,42	» Douleurs moins intenses, plus lourdes.
12 »	»	»	200	»	»	»	»	3,200	1014	30,1	14,7	2,15	» »
13 »	300	»	300	150	300	»	»	3,400	»	32,3	14,2	2,30	» »
14 »	»	1	350	»	»	59,7	»	3,700	»	30	14,1	2	» »
15 »	»	2	200	200	175	59,3	3	3,800	1013	36,1	15,3	2,7	» »
16 »	250	»	»	250	»	59,9	»	3,600	»	35	15,2	2,6	» Douleurs encore plus sourdes comparables à des fourmillements.
16 »	»	»	300	»	»	»	»	4,200	»	37,1	16,8	2,30	» »
17 »	500	»	250	200	350	59	»	4,500	1012	35,9	16,3	2,20	» »
18 »	»	»	300	»	»	»	»	4,400	»	33,2	17,1	2,3	» »
19 »	»	1	»	250	»	»	»	4,500	»	34,8	17	2,6	» »
20 »	»	2	»	200	»	»	»	»	»	»	»	»	» »
21 »	300	»	250	»	»	59,1	»	4,300	1012	32,7	17,3	2,26	» »
22 »	»	»	300	»	»	»	»	3,800	»	33,8	15,9	2,15	» Etat habituel. Fourmillements discontinus.
23 »	»	»	250	»	150	59,7	2 1/2	3,000	»	30,5	15,4	2,2	» »
24 »	»	1	300	»	»	59,3	»	3,200	1014	30,1	15,1	2,7	» »
25 »	200	2	250	»	350	60,3	»	2,800	1015	28,9	13,7	2,1	» Accalmie.

Scoliose dorso-lombaire, très faiblement réductible, très prononcée, à convexité gauche, avec aplatissement et voussure costale consécutive.

Inclinaison du tronc à droite pendant la marche.

Amblyopie droite; réflexes cornéen et pupillaire normaux (accommodation et lumière). Rétrécissement notable du champ visuel à droite.

Ouïe, goût et odorat, presque abolis à droite. (Voir le tableau page 129.

RÉFLEXIONS. — La polyurie débuta chez ce malade, non pas au moment des crises sciatiques intenses, mais alors que la névralgie avait fait place à la névrite, et que les douleurs n'étaient plus représentées que par des fourmillements. Nous voyons la polyurie diminuer à mesure que les douleurs augmentent, et inversement la courbe des urines s'élève quand les fourmillements tendent à s'espacer et à disparaître.

Cette observation peut être rapprochée avec intérêt de la précédente.

Qu'il s'agisse de névralgie ou de névrite sciatique, les urines se comportent de la même façon, et varient en raison indirecte de l'intensité des douleurs.

CONCLUSIONS

I. — La polyurie hystérique ne doit plus être mise en doute, et occupe une place importante parmi les polyuries symptomatiques.

II. — Elle est fréquente, et sa grande prédominance chez l'homme peut s'expliquer par l'influence de l'alcool (hystérie toxique) qui semble jouer dans l'éclosion de la polyurie le rôle d'agent provocateur au même titre que dans la névrose.

III. — Elle peut exister en dehors de tout autre stigmate hystérique (hystérie mono-symptomatique), et peut alterner ou se substituer à une autre manifestation névropathique.

IV. — La polyurie est bien le phénomène primitif dont la polydipsie n'est qu'une conséquence.

V. — La présence d'un grand excès de chlorure de sodium dans les urines paraît caractériser la polyurie hystérique.

VI. — Enfin la suggestion hypnotique sert à la fois à diagnostiquer la nature hystérique de la polyurie, et paraît être le seul traitement efficace.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD (Ch.) et SOUPAULT (M.). — Sciatique et hystérie. *Gaz. des hôp. de Par.* N° 83, 21 juill. 1892, p. 781.
- AXENFELD. — *Traité des névroses*, 2^e édit. 1883 par Huchard (H.), p. 1037.
- BABINSKI (J.). — Migraine ophthalmique hystérique. *Archiv. de neurolog.* N° 60, vol. XX, nov. 1890, p. 305. — Hypnotisme et hystérie. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* juillet 1891. — Polyurie hystérique (Influence de la suggestion sur l'évolution du syndrome). *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Par.* 13 nov. 1891, p. 568.
- BALLET (G.). — Polyurie dans le goître exophthalmique. *Revue de méd.* Par. 1883, p. 275. — Polyurie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* Par. 24 juill. 1891, p. 424.
- BAUDIN. — *De la polyurie et de la polydipsie*. Th., Paris, 1855.
- BERNARD (Cl.). — *Leçons de physiologie expériment.* 1854-55, t. 1, p. 345.
- BOUCHUT. — Leç. cliniq. sur la polyurie de l'enfance. *Gaz. hôpit.*, nov. 1874.
- CHARCOT (J.-M.). — Ischurie hystérique. *Leç. sur les mal. du syst. nerv.* 1886, t. 1, p. 291. — *Leç. sur les mal. du syst. nerv.* publiées par G. Guinon, t. 1, 1892, p. 302.
- CRAPART. — *La polyurie*. Th., Paris, 1865.
- CUFFER. — Art. *polyurie* du Nouv. dict. de Méd. et de Chir. pratiq.
- DEBOVE et FLAMAND (A.). — Recherches expériment. sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie). *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 1885, p. 299.
- DEBOVE et RÉMOND (de Metz). — Polyurie chez les malades atteints de sciatique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 9 oct. 1891, p. 472.
- DEBOVE. — Polyurie hystérique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 13 nov. 1891. — Polyurie hystérique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 30 nov. 1891, p. 581. — Sciatique et polyurie. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 30 nov. 1891.
- DEBOST (H.). — *De la polyurie chez les dégénérés*. Th. Paris, 1891.
- DELPERRÉ. — Polydipsie. Obs. pour son histoire étiologique. *Courrier méd.*, 9 mars 1861.

- DEMANGE. — Art. *Diabète hydrurique* du Gr. dict. encyclopéd. des Sciences médic.
- DESGRANGES. — *Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*, t. VI, an XIII, p. 56.
- DUPONCHEL (Em.). — Vessie à capacité exceptionnelle chez un sujet polyurique et polydipsique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 28 nov. 1890, p. 911.
- EBSTEIN. — Ueber die Beziehungen des diabetes insipidus zu Erkrankungen der Nervensystems. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* Vol. XI, 3^e part., p. 344, 1873.
- ECKARD. — *Beitrag für Anat. und Physiol.* Giessen, 1867.
- FLEURY. — *Arch. gén. de méd.* Paris, 1848.
- GARENS. — *Diabète iodopathique*. Thèse, Paris 1879.
- GARRIGUE. — *Polyurie hystérique*. Th., Paris, 1888.
- GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINÉAU. — *La nutrition dans l'hystérie*. Paris, 1890.
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Traité de l'hystérie*. Paris, 1891.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Polydipsie. *Clin. méd.*, vol. II, p. 239.
- GUINON (L.). — *De quelques troubles urinaires de l'enfance*. Th., Paris, 1889.
- GUYON et TUFFIER. — Physiologie chirurgicale du rein. *Ann. des org. génito-urin.*, nov. 1888, p. 717.
- GUIARD. — De la pollakiurie psychopathique et de son traitement. *Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, avril 1891.
- HAUGHTON. — Notes on diabetes insipidus. *Dubl. quaterly journ.*, 1863.
- HAYEM. — Polyurie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 24 juill. 1891, p. 425 (Discussion).
- HUCHARD (H.). — Polyurie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 28 nov. 1892. — Note sur l'état de la tension artérielle et de la sécrétion urinaire dans la sciatique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 19 févr. 1892, p. 117. — Hystérie viscérale. *France méd.* 1892.
- HUGONNARD. — *Contribut. expériment. à l'étude de l'influence du syst. nerv. sur la sécrét. urinaire*. Th., Lyon, 1880.
- JANET (J.). — *Les troubles psychopathiques de la miction*. Th., Paris, 1890.
- KAHLER. — Ueber traumatische Polyurie. *Prager. medic. Wochensch.*, 1885.
- KIEN. — *De la polyurie*. Th., Strasbourg, 1865.
- KIENER. — *Physiologie de la polyurie*. Th., Strasbourg, 1866.
- KRAUS. — Ein Beitrag zur Symptomatologie des diabetes insipidus. *Drag. Zeitsch. f. Heilk.*, 1887, p. 430.
- LABADIE-LAGRAVE. — *Maladie des reins et urologie clinique*, Paris, 1888.
- LACOMBE. — *La polydipsie*, Th., Paris, 1841.
- LANCEREAUX. — La polyurie, Th., agrég. 1869. La polyurie simple et ses variétés. *Ann. des mal. des org. génit.-urin.* Paris, août 1890, p. 457.

- LANDOUZY. — Leçon cliniq. sur le diabète. *Union méd.*, 1862, p. 499 et 549.
- LANDOUZY et BALLEZ. — Rôle de l'hérédité dans l'ataxie locomotrice *Mém. couronné par l'Académie*, 1883.
- LASÈGUE. — De l'état actuel de nos connaissances sur la polyurie. *Arch. gén. de méd.*, 1866, VII, p. 80.
- LEGRAIN. — *Du délire chez les dégénérés*. Th., Paris, 1886.
- LÉCORCHÉ. — *Traité de diabète*, Paris, 1877.
- LE GALLOIS. — Mémoire sur l'inosurie. *Arch. gén. de méd.* 1863, I, p. 622.
- LEPARQUOIS. — *Etude sur le diabète compliqué de sueurs*, Th., Paris, 1891.
- LÉPINE (R.). — Polyurie dans la sciatique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 16 oct. 1891.
- LE TEINTURIER. — Cité dans th., agrég. de Lancereaux sur la *Polyurie*, 1869, p. 20.
- LIÉBAULT. — Traitement de l'incontinence d'urine par la suggestion hypnotique. *Revue hypnotique*, sept. 1886.
- MAGNAN. — Signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire. (Discussion). *Ann. médico-psychol.*, 1886.
- MATHIEU (A.). — Un cas de diabète insipide chez un hystérique (polyurie simple sans azoturie, ni phosphaturie). *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 24 juill. 1891, p. 421. — Sciatique et polyurie *Idem* Séance du 9 oct. 1891. — Sur la polyurie sciatique. *Idem*, Séance du 16 oct. 1891. — Polyurie hystérique. *Idem*, Séance du 20 nov. 1891. — Polyurie hystérique. *Idem*, Séance du 30 nov. 1891. — Un cas de diabète insipide guéri par suggestion. *Idem*, Séance du 11 mars 1892, p. 163.
- NEUBAUER et VOGEL. — *De l'urine et des sédiments urinaires*, 2^e édit. française. 1877.
- OPPOLZER. — Hysteria cum polyuria *Allg. Wien. Med. zeit.*, n° 38, 39, 1866.
- PEYER. — L'urine dans les névroses. (*Samml. Klin. Vorträge*, n° 341) 1889.
- POZAIN. — Sur un cas de polyurie. *Union méd.* Paris, 7 févr. 1891, p. 198. — De l'hydrurie. *Semaine méd.* 1891, n° 198.
- RAYMOND. — Diabète azoturique chez un névropathe non hystérique. *France méd.* 6 mai 1886.
- RÉMOND (de Metz). — La polyurie nerveuse. *Languedoc médic.* nov. 1891.
- RENDU. — Polyurie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 24 juillet 1891, p. 425 (Discussion).
- RETIÈRE (F. L.). — *Influence de la névrose hystérisiforme sur les fonctions de la sécrétion rénale*. Th., Bordeaux 1887.
- ROGER (H.). — La polyurie de l'enfance. *Journ. de méd. et chir. pratique*, 1886.
- SCHAPIRO. — Zur Lehre von der Zuckerlose Harnruhr. *Zeitsch. f. Klin. Med.* vol. VIII, p. 191 et 302.
- SOUQUES. — Note sur un cas de polyurie essentielle. *Gaz. méd. de Paris*, 3 mars 1888, p. 100.

STRAUSS. — *Die einfache Zuckerlose Harnruhr*. Inaug. Dissert. Tübingen. 1870.

TROUSSEAU. — Polydipsie. *Clin. méd.*, vol. II, p. 607.

VALENTINER. — *Die Hysterie und ihre Heilung*. Erlangen, 1852.

VOGEL (A.). — *Anleitung zur Analyse der Harns*, 1863.

VOISIN. — Les troubles psychiques des dégénérés héréditaires. *Gaz. des hôp.* Paris, avril 1890.

Vu par le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu :
Le Doyen
Dr BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.
